IANNI RÉGIA SCARCELLI

**ENTRE O HOSPÍCIO E A CIDADE:
EXCLUSÃO/INCLUSÃO SOCIAL NO CAMPO DA
SAÚDE MENTAL**

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

**São Paulo
2002**

IANNI RÉGIA SCARCELLI

**ENTRE O HOSPÍCIO E A CIDADE:
EXCLUSÃO/INCLUSÃO SOCIAL NO CAMPO DA
SAÚDE MENTAL**

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

Área de concentração: Psicologia Social

Orientadora: Profa. Dra. Maria Inês
Assumpção Fernandes

**São Paulo
2002**

**Ficha Catalográfica preparada pelo Serviço de Biblioteca
e Documentação do Instituto de Psicologia da USP**

Scarcelli, I. R.

Entre o hospício e a cidade: exclusão/inclusão social no campo da
saúde mental / Ianni Régia Scarcelli. – São Paulo: s.n., 2002. – 259 p.

Tese (doutorado) – Instituto de Psicologia da Universidade de São
Paulo. Departamento de Psicologia Social e do Trabalho.

Orientadora: Maria Inês Assumpção Fernandes.

1. Exclusão social 2. Saúde mental 3. Moradia I. Título

ENTRE O HOSPÍCIO E A CIDADE: EXCLUSÃO/INCLUSÃO SOCIAL NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL

IANNI RÉGIA SCARCELLI

BANCA EXAMINADORA

Tese defendida e aprovada em: __/__/__

Para minha mãe e minha avó,
queridas Elza e Maria

Para aqueles que resistem na dimensão
oculta dos pequenos e grandes espaços que
engana o olhar.

A produção de um trabalho como este não se faz sem participação de várias pessoas. O início e o fim das atividades de um curso de pós-graduação delimitam oficialmente o intervalo em que se potencializam e se formalizam elaborações; mas é um intervalo no tempo e na vida que não interrompem seu curso; na vida que vai sendo enriquecida pelas relações afetivas e na prática política, militante, profissional.

Agradeço:

Meu filho e meu marido.

Meu pai, minhas irmãs e sobrinhos.

Professores e amigos que fiz na escola, na universidade, na militância, no trabalho.

Os profissionais que trabalham nos Projetos de Moradias estudados neste trabalho e aos moradores destas casas, pela disponibilidade, pelo respeito, pelo carinho e por tudo que me ensinaram.

Maria Helena Souza Patto, instigadora e fomentadora de pensamentos e caminhos que percorri.

Sylvia Leser de Mello e Paulo Amarante pela valiosa contribuição por ocasião do exame de qualificação.

Agradecimento especial merecem aquelas que acompanharam passo a passo a elaboração desta tese. Maria Inês Assumpção Fernandes, que superou o papel de orientação, sendo influência decisiva no processo de investigação e criação pela presença constante. Audrey Rossi Weyler, companheira atenta, pelas sugestões e participação no trabalho de pesquisa de campo.

A CAPES, pelo financiamento parcial desta pesquisa.

Decifra-me ou devoro-te.

A vida humana se desenvolve num intervalo: o essencial não é o ponto de chegada, o objetivo, o fim a ser alcançado, e sim a maneira como o homem se movimenta, no entremeio.

Mário Perniola

SUMÁRIO

RESUMO.....	i
ABSTRACT.....	ii
RÉSUMÉ.....	iii
INTRODUÇÃO.....	1
1. POBREZA, MARGINALIDADE E EXCLUSÃO SOCIAL: DIFERENTES TERMINOLOGIAS PARA O MESMO PROBLEMA?.....	15
1.2. Exclusão social: um novo paradigma?.....	23
2. OS SENTIDOS DO MORAR: ENTRE POLÍTICAS PÚBLICAS E MULTIPLICIDADES DA CIDADE.....	44
2.1. Morar: entre o campo e a cidade.....	63
2.2. Da assistência à cidadania: uma questão para a saúde mental.....	73
3. ABORDAGEM METODOLÓGICA.....	88
3.1. A pesquisa de campo	95
4. DOIS PROJETOS DE REINserÇÃO SOCIAL EM DISCUSSÃO.....	106
4.1. Entre o assistir e o morar: paradoxos de uma experiência.....	107
4.1.1. A experiência das moradias extra-hospitalares.....	112
4.1.2. Resistências na saída do ‘paraíso’.....	119
4.1.3. Projeto moradia: reinserir é assistir?.....	122
4.1.4. Custo/benefício: uma questão decisiva ao projeto moradia?.....	126
4.1.5. O dia-a-dia nas moradias extra-hospitalares: problematizando a reinserção social.....	132
4.2. Entre o hospício e a cidade: percalços de uma experiência	139
4.2.1. Núcleo de convivência: o primeiro passo	141
4.2.2. A Vila Terapêutica	149
4.2.3. As Pensões Protegidas.....	165
4.2.4. As casas de COHAB.....	179
4.2.5. Uma experiência nos centros urbanos.....	189
5. ENTRE O HOSPÍCIO E A CIDADE: DILEMAS NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA.....	207
5.1. CUIDAR SIM, EXCLUIR NÃO: entre insígnias e palavras de ordem.....	216
5.2. Passagens possíveis: ruptura ou continuidade?.....	221

5.3. Uma pequena cidade.....	229
5.4. Finalizando.....	243
 ANEXO: Cronograma de visitas e atividades desenvolvidas.....	 247
 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	 251

RESUMO

SCARCELLI, Ianni Régia. *Entre o hospício e a cidade: exclusão/inclusão social no campo da saúde mental*. São Paulo, 2002, (259 p.). Tese (Doutorado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

Contribuir para decifração de problemáticas concernentes à noção de exclusão social no campo da saúde mental, a partir do estudo de moradias para egressos de hospitais psiquiátricos. Os dados são provenientes de diário de campo e depoimentos gravados durante pesquisa em três cidades paulistas.

A noção de exclusão social é problematizada em razão de sua nomeação freqüente em discursos e propostas políticas. Segregação espacial e exclusão urbanística são temas abordados, considerando-se como eixo central de discussão os ‘sentidos do morar’.

No cotidiano de práticas em Saúde Mental, exclusão associa-se a banimento do convívio social e se amplia para questões sociais discutidas nos âmbitos definidores de políticas. Porém esta ampliação não traz diferença significativa às formulações políticas para além dos sentidos usuais da questão da diferença.

Os sentidos do morar, expressos em grupos populacionais diversos e, singularmente, pelos sujeitos, encaminharam a discussão para problematização de políticas e práticas. Estas, quando desconsideram a diversidade de experiências, tendem à reprodução da lógica manicomial que propõem superar, mesmo a partir de propostas nomeadas como ‘inclusivas’.

O *trânsito* entre egressos do manicômio e moradores da cidade, entre áreas do conhecimento e diversidade das práticas, apresenta-se como uma das possibilidades de ruptura com o círculo vicioso que rearticula práticas e discursos tradicionais da psiquiatria. A indagação sobre ‘modos de viver’ possibilita recuperar parte da história dos costumes que se perderam com o processo de urbanização; leva-nos a situar questões emergentes no campo da saúde mental junto ao contexto dos problemas das cidades no mundo contemporâneo.

ABSTRACT

SCARCELLI, Ianni Régia. *Between the asylum and the city: social exclusion/inclusion in the field of mental health*. São Paulo, 2002, (259 p.). Doctoral Thesis. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

The aim of the present work is to contribute to the understanding of problems related to the notion of social exclusion in the mental health field, based on the study of the living places for people egressed from psychiatric hospitals. Data were collected from recorded conversations and registered in field diary during the research in three cities in the state of São Paulo.

The notion of social exclusion is approached as it is frequently mentioned in political discourses and proposals. Spatial segregation and urban exclusion are focused, considering the 'meanings of living' as the central aspect. In everyday practices in Mental Health exclusion is associated to being banned from the social life and it is amplified to social problems in the spheres which define policies but they bring no important difference for policies formulation beyond the usual meanings of the question.

The meanings of living, expressed in different populational groups and singularly by each person, guided the discussion to the question of policies and practices. Such practices, when the diversity of experiences is not taken into account, tend to reproduce the manicomial reasoning that they are supposed to overcome, even if they are based on the so called inclusive proposals.

The *transit* among people egressed from the psychiatric hospitals and people living in the city, among knowledge areas and diversity of practices is presented as a possibility of interrupting the vicious circle which rearticulates the traditional practices and discourse in psychiatry. The understanding of 'ways of living' allows us to recover part of the story of habits which were lost in the urbanization process and instigates us to consider emergent questions in the field of mental health in the context of problems of the cities in the contemporary world.

RÉSUMÉ

SCARCELLI, Ianni Régia. *Entre l'asile et la ville: exclusion/inclusion sociale dans le domaine de la santé mentale*. São Paulo, 2002, (259 p.). Thèse de doctorat. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

Le présent travail voudrait contribuer à la compréhension de problématiques concernant l'exclusion sociale dans le domaine de la santé mentale, à partir de l'étude du logement d'anciens patients des hôpitaux psychiatriques. Les données examinées proviennent de notes prises sur le terrain, ainsi que d'entretiens enregistrés dans le cadre d'une enquête menée dans trois villes de l'Etat de São Paulo.

En raison de sa fréquence d'emploi dans les discours et les propositions des politiciens, la notion d'exclusion sociale est ici mise en cause. Parmi les sujets abordés se trouvent la ségrégation spatiale et l'exclusion urbanistique, dans une discussion sur les différents "sens du logement".

Dans l'univers des pratiques quotidiennes en Santé Mentale, l'exclusion est associée à la coupure de tout contact social, impliquant plus largement un certain nombre de questions sociales contemplées dans les instances de décision politique. Cela ne se traduit pourtant pas par des changements sensibles au niveau des formules politiques touchant les sens ordinaires de la question de la différence.

Les sens du logement, relevées auprès de plusieurs strates de la population et notamment telles qu'elles sont exprimées par les sujets, ont infléchi le débat vers la mise en question des politiques et des pratiques s'y attachant. En négligeant la diversité des expériences, celles-ci finissent souvent – même dans le cas des propositions soi-disant "d'inclusion" – par reproduire la logique asilaire qu'elles entendent dépasser.

La *transition* des anciens patients d'asile parmi les habitants de la ville, tout comme celle des domaines de la connaissance au sein de la diversité des pratiques, se présente comme une possibilité de rupture du cercle vicieux réarticulant les pratiques et les discours traditionnels de la psychiatrie. Notre interrogation sur les "façons de vivre" nous permet de restituer en partie l'histoire des coutumes perdues au fil de l'urbanisation; elle nous conduit par ailleurs à situer ces questions relevant de la santé mentale dans un contexte élargi, à savoir celui des problèmes urbains dans le monde contemporain.

1 – POBREZA, MARGINALIDADE E EXCLUSÃO SOCIAL: DIFERENTES TERMINOLOGIAS PARA O MESMO PROBLEMA?

Como já anunciamos, a noção de exclusão social tem transitado nos mais variados âmbitos: das políticas públicas às práticas delas derivadas; do conhecimento empírico ao conhecimento científico em suas diferentes concepções. O debate em torno desse tema vem ocorrendo nas diferentes áreas do conhecimento e tem desencadeado discussões polêmicas acerca de sua validade como categoria esclarecedora da situação de pobreza mundial na era da globalização competitiva.

Considerando que nossa preocupação é contribuir para a decifração de tal questão no campo de saúde mental, nossa trajetória privilegiará identificar âmbitos de análise que possibilitem desvendar as diferentes perspectivas para a compreensão das questões sociais que nos afligem antes de conferir novo sentido ao termo de uma das proposições conceituais que pudesse se apresentar como instrumento de análise das questões sociais próprias da modernidade.

Sob a perspectiva de políticas e práticas, o termo exclusão social vem associado a diversos problemas: moradores de rua; exploração de crianças no trabalho; população que vive abaixo da linha da pobreza; sem-terra; portadores de deficiência; portadores de doenças; gênero; raça; impossibilidade de usufruir direitos políticos, civis e/ou sociais; desemprego, etc. Podemos perceber que tais problemas são de diferentes ordens e, portanto, não homogeneizáveis ou igualáveis, a não ser pelo local onde se expressam: o âmbito social.

Sob a perspectiva teórica há muito a se dizer. As tentativas de construir uma categoria reveladora têm-se mostrado pouco profícua, mas talvez possamos, com base nelas, buscar uma discriminação a partir das ordens a que se referem e dos sistemas teóricos a que se filiam. As discussões que se abrigam sob o termo exclusão social podem nos trazer contribuições para, no mínimo, situar a problemática relativa a esse tema.

O debate sistematizado em torno da noção de exclusão social, surgido na França a partir de meados da década de 70, consolida-se no início da década de 90 e passa a fazer parte da pauta de discussão sobre o surgimento de uma nova pobreza, de uma nova questão social, de uma nova desigualdade.

Desde o aparecimento do termo excluído, a partir da publicação do livro de Lenoir, exclusão foi categorizada no sentido lingüístico, passando a ser utilizada sem complementos. Emanuel Didier (1996) considera a exclusão como categoria cognitiva, ou seja, equivale a uma conformação particular que dispensa o assinalamento do que determina a exclusão (suas causas) e de quem são os excluídos (suas conseqüências). No debate francês ocorreu essa categorização da palavra e a construção de uma axiomática que dispensa o uso de complementos e de verificações (ESCOREL, 1999).

Mas o debate em torno dessa questão é polêmico e tem levado pesquisadores, por um lado, a colocar a exclusão social como falso problema (MARTINS, 1997), ou como termo que não acrescenta nada de novo sobre a questão social da pobreza na sociedade capitalista (DEMO, 1998). Por outro lado, há uma tendência em aprimorá-lo a partir da explicitação das ambigüidades que revelam a complexidade que constitui o processo de exclusão social e a sua transmutação em inclusão social (SAWAIA, 1999).

Ao considerar tal debate e as diferentes ordens que envolvem essa temática, decidimos nos deter, num primeiro momento, na decifração específica dos termos exclusão e inclusão, sem seu complemento ‘social’.

Etimologicamente, exclusão e inclusão derivam dos verbos excluir e incluir que significam, respectivamente, ‘*ser incompatível, afastar, recusar*’ e ‘*abranger, compreender, envolver*’.

No Novo Dicionário da Língua Portuguesa (FERREIRA, 1986), *exclusão* refere-se ao ato de excluir(-se), ato pelo qual alguém é privado ou excluído de determinadas funções. *Excluir* significa ser incompatível com; afastar, desviar, eliminar; pôr de lado, abandonar; recusar; não admitir, omitir; pôr fora, expulsar; privar, despojar; pôr-se ou lançar-se fora, isentar-se, privar-se. Podemos perceber que exclusão refere-se ao ato de excluir outrem ou excluir-se a si próprio.

Inclusão, palavra antônima, refere-se ao ato ou efeito de incluir. Sob o ponto de vista da matemática, “ato pelo qual um conjunto contém ou inclui outro”, e, sob o ponto de vista da lógica, “relação existente entre a classe que é espécie e a classe que é gênero”, “relação entre dois termos, um dos quais faz parte ou da compreensão ou da extensão do outro”.⁸

Lalande (1999), no Vocabulário Técnico e Crítico da Filosofia, refere-se à exclusão como “relação lógica de duas classes que não têm nenhum elemento comum ou de duas características que não podem pertencer ao mesmo tempo ao mesmo sujeito”, e à inclusão como “relação que existe entre duas classes que estão na relação de gênero para espécie”.

Considerando a relação entre lógica de classe e de gênero, Macedo (2001) buscou alguns esclarecimentos na teoria de Jean Piaget para refletir sobre como nosso raciocínio se organiza preferencialmente em termos da lógica da exclusão e da inclusão. Classe e gênero são dois modos de raciocínio – que permitem organizar o conhecimento e a vida – que não se excluem, mas coordenam-se ora como meio, ora como fim. O que define a exclusão é como ambos são articulados e como um nega o outro. A lógica da exclusão apóia-se na lógica das classes, ou seja, na forma de organização de raciocínio que coloca em um mesmo lugar os iguais, os equivalentes entre si, os que respondem ao mesmo critério, os que por terem uma propriedade comum são substituíveis uns pelos outros. Estruturam-se as coisas numa relação de dependência segundo o critério que define o que está dentro e o que está fora.

Na prática a lógica da classe utilizada como possibilidade de reunir pessoas cria outro grupo de pessoas que são deixadas de fora por não se encaixarem no critério estabelecido: o grupo dos sem critério, dos sem-categoria, dos excluídos.

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

⁸ Significa também “processo da técnica microscópica pelo qual o objeto que vai ser estudado é antes envolvido por uma massa facilmente seccionável, que o imobiliza”. Interessante destacar o sentido de *imobilização* nessa técnica microscópica, pois uma discussão possível acerca da noção de inclusão social associa-se também a essa idéia, pelo sentido perverso que ela pode ter.

relação ao critério, não é nada. Em outras palavras, na lógica da exclusão, os que estão fora do critério compõem algo indefinido, por isso são freqüentemente designados pelo termo ‘sem’: sem-terra, sem-teto, sem-projeto (MACEDO, 2001, p.5).

Apesar de a exclusão se apoiar na lógica da classe, classificar é necessário por ser condição de pensamento, sendo assim, o problema colocado não reside em agrupar as coisas por classe, mas no uso político das visões decorrentes desse raciocínio que cria preconceitos, separa, aliena.

Se a lógica da exclusão apóia-se na lógica da classe, a da inclusão apóia-se na lógica de relação (gênero), de reunir coisas que façam parte uma da outra e que, assim, não valem por si mesmas, pois é a relação com o outro que as define: um termo é sempre definido em função de outro. Nos limites do sistema considerado (família, escola, etc.) todos estão dentro, compondo as partes que definem o sistema como um todo. “Na relação, quem nos define são também os outros com quem nos relacionamos, pois somos definidos por esse jogo de posições que nos situa uns em relação a outros, de diversos modos” (MACEDO, 2001, p.8). Um dos princípios da lógica da inclusão é a indissociabilidade: compartilha-se um mesmo todo, ainda que em posições diferentes; todos pertencem a um mesmo contínuo, mesmo quando este é negado, mesmo quando se quer sair fora dele.

Quando se pensa em termos da lógica da classe, o problema é de afirmação ou negação. Na relação, há um jogo de compensações, de lugares ou posições relativas, assim, os termos se expressam de muitas formas, o que é, também, uma questão de afirmação e negação, porém funcionando ou operando de um outro modo.

Considerando essa breve decifração que privilegia o significado da palavra ‘exclusão’ e relacionando-a com as discussões em torno de tal noção, podemos distinguir pelo menos duas ordens de problema.

Uma delas nos leva à discussão que se refere à relação entre normal e patológico, à questão da diferença e como esta se manifesta no âmbito social.

A problemática de ordem social que diz respeito ao portador de necessidades especiais, por exemplo, pode ser compreendida segundo o critério que

classifica os indivíduos contrapondo os normais aos anormais, aos doentes. Como nos lembra Macedo (2001), o modo de cuidar, integrar, reconhecer, relacionar-se com pessoas que se diferenciam ou utilizam recursos diferentes daqueles conhecidos pela maioria – atualmente reconhecidas como pessoas portadoras de necessidades especiais – apresenta-se como um problema social e institucional, já que essa tarefa sempre esteve restrita à família ou a instituições que assumissem esse papel, tais como hospitais, asilos, escolas especiais, etc.

Esse autor apresenta um exemplo – considerando o referente ‘beber’ na relação de uma mulher que é casada com um homem considerado ‘alcoólatra’ – que ilustra os raciocínios presentes no julgamento de certas situações. Do ponto de vista da lógica de classe, a mulher é considerada não-alcoólatra, excluída da classe das pessoas que bebem e seu marido pertence à classe de pessoas ‘alcoólatras’. Do ponto de vista da relação, acontece o inverso, pois a mulher e todas as pessoas que pertencerem à sua família estão compreendidas por essa relação, são familiares de ‘alcoólatra’. Em termos relacionais, os membros da família sofrem conseqüências do alcoolismo porque estão incluídos num todo.

Esse exemplo ilustra ao mesmo tempo a relatividade do que se considera excluído ou incluído, o jogo dialético entre exclusão/inclusão e a determinação do referente – quase sempre de caráter ideológico – na adjetivação do que se considera como bom ou mal, politicamente correto ou incorreto, justo ou injusto...

Do ponto de vista da lógica da classe, estar incluído no grupo de ‘alcoólatras’ não é algo desejável socialmente, portanto, a exclusão é o desejável. Do ponto de vista de relação, incluir os familiares também na condição do alcoolismo traz, por um lado, a possibilidade de colocar todos numa situação que não foi criada individualmente pelo ‘alcoólatra’ e, também, responsabilizar todos na superação de um problema. Por outro lado, compreender os familiares como pai, mãe ou filho de ‘alcoólatra’ pode representar a construção de um outro tipo de classificação, de famílias ‘desajustadas’ ou ‘doentes’ que necessitam de um tratamento. Nesse caso, a lógica de inclusão, por um lado, significa a de exclusão, por outro. O alcoólatra é incluído como membro de sua família, porém sua família pode se constituir num grupo que não se inclui entre aqueles que têm as características mais desejáveis, e se tornam, portanto, estigmatizados socialmente.

Sobre esse limite tênue entre estar incluído ou excluído de uma categoria desejável ou indesejável, podemos lançar mão do estudo de Goffman (1992) sobre o estigma: característica que torna a pessoa “estragada” e “diminuída”, que traz um efeito de descrédito, de fraqueza, de defeito, de desvantagem. Apesar de estigma referir-se a um atributo profundamente depreciativo, este autor entende que é preciso ter uma linguagem de relações e não de atributos, pois um atributo que estigmatiza alguém pode confirmar a normalidade de outrem.

O estigma envolve não tanto um conjunto de indivíduos concretos que podem ser divididos em duas pilhas, a de estigmatizados e a de normais, quanto um processo social de dois papéis no qual cada indivíduo participa de ambos, pelo menos em algumas conexões e em algumas fases da vida. O normal e o estigmatizado não são pessoas, e sim perspectivas que são geradas em situações sociais durante os contatos mistos, em virtude de normas não cumpridas que provavelmente atuam sobre o encontro (GOFFMAN, 1992, p.148-149).

Neste seu estudo, Goffman descreve sucintamente aspectos da dinâmica social relacionados à categorização de atributos desejáveis e à forma de reação apresentada entre aqueles que preenchem os requisitos para a categoria de ‘normais’ e daqueles que explicitam ou encobrem a distância entre identidade virtual e identidade real. A explicitação de atributos indesejáveis ou incongruentes com o estereótipo criado para aquele tipo de indivíduo torna-o desacreditado diante do grupo, diferentemente do indivíduo desacreditável que desconhece ou procura manter escondido seu atributo indesejável, entre outras formas, por meio da manipulação ou encobrimento da informação. Portanto, ao contrário destes, os desacreditados explicitam o sinal da desgraça e da desqualificação e a característica principal da relação entre eles e normais estaria na manipulação da tensão provocada pelo contato. Apesar dessa descrição de duas categorias a partir de dois tipos de vivência do estigma, não há, para o autor, uma separação entre esses estados de desacreditado e desacreditável, pois depende da situação em que estão metidos os sujeitos.

Outro aspecto abordado por Goffman nessa discussão diz respeito às formas de apoio social que os indivíduos estigmatizados podem buscar. Isso pode ocorrer dentro do grupo dos iguais, das pessoas que compartilham o estigma; e pela aproximação com os informados: indivíduos que são normais, mas cuja situação especial levou a privar intimamente da vida secreta do estigmatizado e a simpatizar com ela, e que desfrutam, ao mesmo tempo, de uma certa aceitação, uma certa pertinência ao grupo dos iguais. Um dos tipos de pessoa informada é aquela cuja informação vem do trabalho, ou seja, pessoas que trabalham com eles. Exemplo destes são os profissionais que compõem as equipes de saúde mental. Outro tipo de pessoa ‘informada’ é aquela que se relaciona com o indivíduo estigmatizado através da estrutura social - “uma relação que leva a sociedade mais ampla a considerar ambos como uma só pessoa” (GOFFMAN, 1992, p.39).

Além do caso dos dependentes químicos e seus familiares, poderíamos enumerar aqui vários exemplos de problemas sociais que envolvem esse tipo de dialética da exclusão/inclusão, mas não é esse nosso objetivo. Indo para o âmbito de políticas públicas, vale ressaltar que, ao considerar essa dialética, muitas vezes os discursos e a proposição de práticas inclusivas podem resultar exatamente no seu oposto, que é a prática excludente.

Macedo (2002, p.2) nos fala, por exemplo, sobre a ironia que pode estar contida na expressão educação inclusiva, pois se forem considerados

como excluídos, além dos portadores de alguma deficiência, também os pobres, analfabetos, famintos, os que não têm onde morar, os doentes sem atendimento, então, a maioria de nossa população estaria na categoria dos excluídos. A minoria ‘normal’ seria de vinte ou trinta por cento. Então, se os excluídos são a maioria, a Educação Inclusiva é uma proposta tardia de colocar essa maioria junto aos que têm acesso às boas condições de aprendizagem e de ensino na escola e que podem receber uma educação em sua versão ordinária, comum, ou seja, não-especial ou excepcional.

Mas, se na ‘representação social’, na ideologia dominante, na proposição de políticas públicas, os diferentes, os doentes, os anormais compõem a grande maioria da população, representada pelos famintos, pelos sem teto, pelos sem terra, pelos sem emprego, a noção de exclusão nos leva a outra ordem de problema, que se amplia para toda organização e estrutura social.

Do ponto de vista do pensamento lógico, para identificar quem são os excluídos, é necessário criar alguns critérios que possibilitem definição da classe dos excluídos e dos incluídos. O faminto está excluído do grupo dos saciados, mas incluído no grupo dos famintos. Contudo, se o raciocínio lógico é extremamente necessário para se conhecer uma realidade, é também extremamente insuficiente para explicar fenômenos sociais.

Isso nos leva à segunda ordem do problema que enunciamos ao considerar a decifração do significado da palavra exclusão. A questão se amplia para o âmbito da estrutura social: para os grupos dos ‘sem’ (despossuídos), dos famintos, dos miseráveis, gerados pela desigualdade que se traduz por pobreza. A tentativa de compreender as modificações que ocorrem no mundo a partir do fenômeno da globalização, das transformações no mundo do trabalho, da ênfase nos princípios neoliberais desencadeia uma nova discussão sobre a questão social. Uma indagação se faz presente: estamos diante de uma nova pobreza, de uma nova desigualdade, de uma nova questão social?

Aqueles que respondem positivamente a essa indagação buscam uma nova categoria, um novo paradigma que possa dar conta da ‘nova’ questão social, pois, diante do insólito, os sistemas teóricos disponíveis deixariam escapar a especificidade do novo.

A categorização da palavra exclusão, no sentido lingüístico, manifesta-se como parte da tentativa de construir um novo paradigma. A palavra pode existir por si, sem os complementos, mas não deixa de carregar parte do sentido etimológico e lógico do termo. A lógica de classe é inerente ao significado da palavra exclusão, seja qual for o contexto em que esteja sendo utilizada. Assim, ao serem nomeados como excluídos, conjuntos significativos da população de uma cidade, de um país ou do mundo, estaria presente na construção do raciocínio, a constituição de uma classe em oposição à outra. Entendemos que o que está colocado em questão é a

possibilidade de construir (ou não) uma ‘nova’ forma de explicar a organização e a estrutura social contemporânea naquilo que se relaciona à pobreza.

A questão da manifestação da diferença no âmbito social – associada à normalidade x anormalidade; saúde x doença – e a proposição da construção de um conceito, uma categoria ou um paradigma retratam duas ordens de problemas possíveis relacionadas à problemática da exclusão social. Duas ordens de problemas que se imbricam, se mesclam apesar de se referirem a âmbitos diversos. Vamos nos deter, neste capítulo, na segunda ordem de problema, apresentando brevemente o debate teórico acerca da noção de exclusão social.

1.1. Exclusão social: um novo paradigma?

A temática pobreza apresenta-se como ordem do dia no âmbito mundial. A fome e a miséria têm atingido proporções assustadoras, trazendo preocupações a lideranças de todos as tendências políticas. Dados do Banco Mundial estimam que 25% da população mundial estão no limite da sobrevivência. No Brasil e no mundo, milhões de habitantes vivem com menos de um dólar por dia, o que nos dá a dimensão sobre o que é viver abaixo do limite da pobreza.

Para o Brasil, como para outros países da América Latina, a pobreza não se apresenta como algo novo. A novidade hoje é a sua distribuição mundial, a sua globalização. Essa realidade, até então distante de países desenvolvidos, desencadeia uma necessidade de compreensão do fenômeno e de medidas voltadas para sua superação.

Entendemos ser neste contexto que o debate em torno da noção de exclusão social se apresenta: como forma de construir um outro paradigma que supere o da ‘luta de classes’ e das ‘desigualdades’, já não suficiente, segundo alguns teóricos (Schnapper, Paugam), para explicar os fenômenos que caracterizam processos de exclusão.

Hoje, o debate não repousa mais principalmente sobre a sociedade desigual, não porque as desigualdades tenham desaparecido (...)

mas porque elas não são mais suficientes, por elas mesmas, para explicar os fenômenos de ruptura e de crise identitária que caracterizam o processo de exclusão. A vulnerabilidade dos salários, por exemplo, não saberia resultar hoje exclusivamente de uma relação de dominação do trabalho, mas de um conjunto variado de situações incertas que se traduzem por uma angústia individual perante o risco de desocupação, uma implicação frouxa na vida coletiva da empresa e por vezes uma perda progressiva da identidade profissional (...) O sucesso da noção de exclusão é que ela põe o acento, ao menos implicitamente, sobre uma **crise do liame social**. Com respeito à temática das desigualdades, a noção de exclusão a ultrapassa dando-lhe um sentido novo fundado não principalmente sobre a oposição de interesses entre grupos sociais e a luta pelo reconhecimento social, mas antes sobre a fraqueza, ou seja, a ausência de reivindicações organizadas e de movimentos suscetíveis de reforçar a coesão identitária das populações desfavorecidas (PAUGAM apud DEMO: 1999, p.17-18, grifo do autor).

O destaque nessa discussão recai sobre a idéia de crise do liame social. Segundo Paugam (1999), idéia presente em diversos trabalhos orientados pela noção de exclusão como afrouxamento dos vínculos sociais e que se manifesta em diferentes esferas da vida coletiva – trabalho, família, vizinhança, escola. Corresponde ao fracasso dos processos de socialização.

Ao abordar a temática que se refere à exclusão social, Paugam considera a especificidade dos países europeus, particularmente a França, onde até os anos 80 a discussão girava em torno de uma nova pobreza. Na França, hoje em dia, todos falam da exclusão – é usada indiscriminadamente por todos, em várias situações, pela direita e pela esquerda – apesar de a pobreza não ter aumentado significativamente nos últimos dez anos em função das políticas sociais implementadas. Embora as pessoas não saibam precisar esse conceito, apresentam o medo de se encontrarem um dia nessa situação. Vem acontecendo nesse país um movimento para refletir e elaborar uma lei que regulamentaria a exclusão e que abarcaria os ministérios do trabalho, da saúde, da educação, do bem-estar, etc.

Se a exclusão cresce tanto, coloca Paugam, é porque guarda uma relação com a questão da instabilidade profissional, com a rejeição que se volta para as pessoas menos qualificadas (colocadas na situação de ‘marginalizadas’) e com o crescimento da situação de desemprego que vem ocorrendo desde o fim da década de 1970. A precariedade profissional e o desemprego relacionam-se com outros aspectos das relações sociais como, por exemplo, a precariedade crescente dos contratos de trabalho. As pessoas que se encontram nessa situação ficam cada vez mais isoladas socialmente em função do acúmulo de perdas e desvantagens (*handicaps*), de não se sentirem integradas ao meio social.

A partir das dificuldades profissionais, uma espécie de engrenagem se põe em curso, o que mostra o conceito como processo em movimento. Esse é um diferencial em relação à questão da pobreza, segundo Paugam, cuja análise é feita de maneira estática. Ao abordar a exclusão, afirma que é possível perceber que há cada vez mais pessoas susceptíveis de caírem nessa situação: idéia de processo que as levaria a uma pobreza extrema até uma miséria total.

Uma definição mínima, básica, da exclusão social estabelecida na Comunidade Económica Européia refere-se ao processo de acúmulo de perdas e desvantagens. Paugam propõe que se vá além dessa definição, por considerar a necessidade de romper com essa noção de exclusão usada por todos e em diferentes realidades que nada têm em comum. Por isso, propõe complementá-la com o conceito de desqualificação social: conceito sociológico que permite pensar a realidade social de hoje, em alguns países da Europa.

Apesar de sua abrangência, o conceito de exclusão não deve ser posto de lado, é necessário colocar outros conceitos ao lado dessa noção para que a ciência progrida.

Não se trata de definir a exclusão com base em casos individuais, mas sim de analisar o processo pelo qual as pessoas se vêem cada vez mais envolvidas num quadro que se complica. Portanto, pode-se falar em processo multidimensional, que pode conduzir à ruptura dos vínculos sociais (PAUGAM, 1999a, p.117).

A perda de vínculos é um processo em espiral; a exclusão é multicausada. Não é apenas desigualdade, mas refere-se a mudanças que ocorrem ao longo do tempo, processo no qual os vínculos sociais se desfazem: por exemplo, a perda de emprego pode ser seguida pelo fim do casamento e pela perda de moradia. Os fenômenos daí decorrentes são suficientes para explicar o processo de *desqualificação social*,

que caracteriza o movimento de expulsão gradativa, para fora do mercado de trabalho, de camadas cada vez mais numerosas da população – e as experiências vividas na relação de assistência, ocorridas durante as diferentes fases desse processo. Cumpramos realçar que o conceito de desqualificação social valoriza o caráter multidimensional, dinâmico e evolutivo da pobreza e o status social dos pobres socorridos pela assistência (PAUGAM, 1999b, p.68).

Preocupado com esse quadro de compreensão genérica do tema, em que qualquer pessoa pode falar do assunto e com as dificuldades para entender o que cada um quer dizer sobre exclusão, Paugam propôs a cerca de cinquenta pesquisadores verificarem quais conceitos eram utilizados na prática para comparar a situação empírica com o conceito genérico de exclusão. O resultado desse trabalho está no livro publicado em 1996: *L'Exclusion – l'État des Savoirs*. Três grandes orientações teóricas se destacaram no sentido de tornar o conceito de exclusão mais específico:

1) Conceito de trajetória

Recupera a idéia de exclusão como algo que se processa na história de vida pessoal e profissional: trajetória da infância à adolescência e vida adulta; do meio estudantil à vida profissional; do emprego ao desemprego. A problemática é a da socialização. A partir do estudo das trajetórias é possível verificar um processo dinâmico e que as desigualdades, pressuposto do qual se parte, não se reproduzem igualmente de geração para geração.

2) Questão da identidade

Entende-se que no processo de exclusão há interiorização de aspectos negativos. Conceitos de estigmatização, discriminação racial, identidade negativa seriam mais precisos na discussão de exclusão. A Psicologia Social comparece como colaboradora no estudo desses conceitos sociológicos.

3) Território

O processo de exclusão se configura, muitas vezes, em territórios específicos – nos bairros pobres, as famílias têm mais dificuldade e há maior desemprego. Na sociologia urbana há conceitos mais específicos para explicar esse fenômeno, por exemplo, *relégation*: exílio, desterro, excluir, que reforçam a noção de processo – bairros inteiros são transformados e relegados.

De modo geral, Paugam (1999a) conclui que para estudar a questão da exclusão é necessário fazer uso de outros conceitos mais precisos, e o conceito de desqualificação social é um deles. É uma forma elementar da pobreza e não pode ser aplicada igualmente em todas as sociedades. A desqualificação social apresenta-se como processo mais característico de países que conheceram alto nível de desenvolvimento e, ao mesmo tempo, maior degradação do mercado de trabalho. É um conceito que se aplica às sociedades em que os vínculos sociais foram enfraquecendo e que acompanha quase sempre uma crise profunda dos serviços de assistência social e dos modos de intervenção social (PAUGAM, 1999a).

Nos países onde se torna difícil aplicar o conceito de desqualificação social devido à maior proporção de pessoas pobres, Paugam propõe que alguns elementos básicos sobre a questão da pobreza devam ser observados. Tenta distinguir três tipos de pobreza, partindo do pressuposto de que esse conceito é relativo: “Aqueles que chamamos de ‘pobres’ ou de ‘excluídos’ são designados como tais em função das normas específicas de bem-estar e de participação na vida coletiva em vigor em cada sociedade num momento de sua história” (PAUGAM apud DEMO, 1998, p.20).

Os três patamares de pobreza seriam: pobreza integrada que retém o sentido tradicional de pobreza e não se aplica ao que se entende como exclusão social; pobreza marginal, que é a intersecção entre a pobreza tradicional e a exclusão social; pobreza desqualificante, que ressalta a exclusão social propriamente dita.

Em outros termos, podemos entender pela proposta de Paugam que, ao se tratar o tema da exclusão, é necessário considerar o espaço e o tempo ao qual esse fenômeno se refere. Nos países ricos, desenvolvidos, estaria surgindo um novo tipo de desigualdade, um novo tipo de pobreza a partir da crise do Estado Providência, das transformações no mundo do trabalho como problemas centrais. Nos países pobres, que não conheceram os efeitos deste Estado, estariam presentes outras formas de pobreza ainda mais intensificadas pelos efeitos advindos da globalização. Pobreza e exclusão, portanto, não representariam um mesmo fenômeno, apesar de estarem articuladas.

A tentativa de tornar a noção de exclusão social um conceito mais preciso faz emergir o uso de conceitos oriundos de diferentes matrizes sociológicas e psicológicas. É o caso do conceito de *desqualificação social*, como é também o caso de outros conceitos incluídos nas discussões feitas por Castel (*desafiliação ou desvinculação*), Gaulejac e Leonetti (*desinserção*) ou, no caso brasileiro, por Cristóvão Buarque (*apartação social*).⁹

⁹ No Brasil, a noção de exclusão social para designar as desigualdades sociais começa a circular, na década de 80, tanto na mídia quanto nos trabalhos acadêmicos, acompanhando, assim, o movimento internacional. Essa discussão, porém, nos remete ao debate ocorrido a partir dos anos 60 na América Latina, especialmente pela CEPAL (Comissão Econômica para América Latina - ONU), acerca de marginalidade social, massa marginal, população marginal. Consideramos que o debate trazido pelos teóricos franceses não é novo no âmbito da América Latina, nos países que sempre conheceram a pobreza. A pobreza que assolava estes países até a crise do Estado Providência estava excluída ou bem circunscrita nos países desenvolvidos. Interessante ressaltar que Luiz Pereira traz na introdução do livro *Populações 'marginais'* (1978) uma preocupação com a construção do conceito de marginalidade como conceito científico e com a necessidade de recusar a assimilação da marginalidade aos conceitos de Exército Industrial de Reserva e Superpopulação Relativa. Em um texto que circulava na CEPAL, em meados da década de 60, é possível identificar uma certa semelhança entre as preocupações dos estudiosos da marginalidade social e com os que hoje estudam exclusão social: “A falta de univocidade do conceito e a vaguidade de sua utilização têm feito de seu emprego analítico um verdadeiro problema. Não obstante, sua difusão e os esforços que se fazem para conseguir convertê-lo num instrumento positivo na análise de nossa complexa e tensa realidade histórico-social poderiam servir como indícios de que, com efeito, certos problemas de grande importância estão reclamando violentamente a atenção de pesquisadores e de técnicos. Torna-se, pois, indispensável continuar no esforço de circunscrevê-los, precisar sua natureza e explicitar suas implicações. Ou, em outras palavras, prosseguir no empenho de eliminar o conteúdo conceitual do termo e resgatar seu valor analítico” (QUIJANO, 1978, p.13).

Entre os teóricos da exclusão social na atualidade, Castel merece destaque. Preocupado com a forma como esse termo vem se impondo para explicar todas as misérias do mundo, procura definir melhor os conceitos envolvidos nessa temática. Apresenta algumas das razões que deveriam levar a seu uso reservado ou até mesmo a sua exclusão ou substituição por outra noção mais apropriada para analisar os riscos e as fraturas sociais atuais. Desconfia da exclusão pela heterogeneidade de seus usos; porque pode conduzir à autonomização de situações-limite que só têm sentido quando colocadas num processo; porque pode funcionar como uma armadilha para a reflexão e para a ação, pois se economiza a necessidade de se interrogar sobre as dinâmicas sociais globais que são responsáveis pelos desequilíbrios atuais. Levanta a necessidade de se tomar três cuidados:

Primeiramente não chamar de exclusão qualquer disfunção social, mas distinguir cuidadosamente os processos de exclusão do conjunto dos componentes que constituem, hoje, a questão social na sua globalidade. Em segundo lugar, em se tratando de intervir em populações as mais vulneráveis, esforçar-se para que as medidas de discriminação positiva, que são sem dúvida indispensáveis, não se degradem em seu *status* de exceção. Esta tarefa extremamente difícil coloca a questão da eficácia das políticas de inserção, pois é sobre o sucesso de práticas de inserção que se coloca a possibilidade para as populações em dificuldade de reintegração ao regime comum. Em terceiro (...), lembrar-se que a ‘luta contra a exclusão’ é levada também, e sobretudo, pelo modo *preventivo*, quer dizer, esforçando-se em intervir sobretudo em fatores de desregulação da sociedade salarial, no coração mesmo dos processos de produção e da distribuição das riquezas sociais (CASTEL, 1997, p.45-46).

Para Castel, maior rigor se impõe no uso da noção de exclusão, já que parte das situações que assim são classificadas resulta de vulnerabilidades decorrentes das transformações no mundo do trabalho. Faz uma análise histórica e sócio-antropológica sobre a questão social centrada na crise da sociedade salarial. Propõe um esquema analítico que conjuga dois eixos principais de integração social:

o mundo do trabalho e o mundo das relações sociofamiliares. Em relação ao termo exclusão, privilegia o uso da expressão *desaffiliation* (traduzida por desafiliação ou desvinculação), que significa ruptura de pertencimento, de vínculo societal.

Nessa discussão realizada por dois importantes teóricos franceses da exclusão social, que respondem positivamente à indagação de estarmos diante de uma nova questão social, há uma tentativa de construção de uma categoria esclarecedora da ‘nova’ pobreza que surge, principalmente nos países que viram a falência do *welfare state*. Mas, se há por parte desses teóricos uma tendência em aprimorar essa noção, buscando revelar a complexidade que constitui o processo de exclusão social a partir da emergência de uma nova questão social, há estudiosos que não compartilham dessa posição e vão defender a exclusão social como falso problema.

Esta é a posição de Martins (1997), que, a partir de uma perspectiva sociológico-política, não entende a exclusão social como novidade, para ele o novo se manifesta na tentativa de transformá-la numa categoria que explique todos os males sociais de nosso tempo. A questão da exclusão social introduz como contrapartida o problema social da inclusão marginal, pois a exclusão apresenta-se como um modo de vida das sociedades capitalistas, assim o grande problema não está na exclusão social, mas no modo de inclusão degradante que ela gera.

A forma clássica da exclusão social, que é o desenraizamento e expulsão dos camponeses da terra, é o primeiro anúncio da chegada de uma era de novas relações sociais engendradas no sistema capitalista. O desenraizamento constitui-se historicamente como um dos fatores de gestação da civilização moderna baseada na igualdade jurídica das pessoas, na cidadania e no direito. É uma regra estruturante, pois todos os pertencentes a essa sociedade já foram desenraizados e excluídos de diferentes modos ou em diferentes momentos. Continuamente são recriadas novas modalidades de exclusão juntamente com novos mecanismos de reintegração desses excluídos, novas modalidades de inclusão social. “A sociedade capitalista desenraiza, exclui, para incluir, incluir de outro modo, segundo suas próprias regras, segundo sua própria lógica. O problema está justamente nessa

inclusão” (MARTINS, 1997, p.32). Está no conjunto de dificuldades, modos e problemas de uma *inclusão precária e instável, marginal*.

Mas, se o problema da exclusão nasce com a sociedade capitalista, se é regra estruturante tudo desenraizar e a todos excluir, tudo lançar no mercado e a todos submeter à lei desse mercado, por que apenas agora todos percebem a exclusão?

A essa indagação Martins responde que provavelmente a inclusão se dava num curto prazo de tempo – os camponeses expulsos do campo, por exemplo, logo eram absorvidos pela indústria –, mas hoje o período de passagem do momento da exclusão para o momento da inclusão está se transformando num modo de vida, está deixando de ser apenas um período transitório. Estamos diante de uma nova desigualdade que resulta do encerramento de uma era de possibilidades de ascensão, característica até então do capitalismo. Criam-se dois mundos separados materialmente e unificados ideologicamente. Neles podem ser encontradas as mesmas coisas, aparentemente as mesmas mercadorias, idéias individualistas e competição, porém as oportunidades são extremamente desiguais. O imaginário que cimenta essa ruptura é único, mercantilizado, enganador e manipulável (Martins, 1997).

Estamos em face de uma nova mentalidade, a mentalidade do moderno colonizado, do homem que já não sabe querer ser um verdadeiro igual, mas que se sente suficientemente feliz porque pode imitar, mimetizar, os ricos e poderosos, confundindo, portanto, o falso com o verdadeiro. E pensa que nisso está a igualdade. Ele se torna, assim, um poderoso agente da falsamente nova sociedade, a sociedade da imitação, do falso novo, da reprodutibilidade e da vulgarização, no lugar da invenção, da criação, da revolução (MARTINS, 1997, p.22-23).

Assim, para Martins, nossa sociedade contempla duas humanidades. Uma dos integrados, inseridos de algum modo no circuito reprodutivo das atividades econômicas; que têm direitos reconhecidos e lugar assegurado no sistema de relações econômicas, sociais e políticas. A outra humanidade, ou sub-humanidade, é incorporada através do trabalho precário (trambique, pequeno comércio, setor de

serviços mal pagos ou meios escusos). Essa humanidade é ‘sub’ em todos os sentidos, pois se baseia em insuficiências e privações que se desdobram para fora do econômico. As pessoas podem ter dinheiro – às vezes grande quantidade decorrente de atividades ilícitas – mas estão à margem, são tratadas como cidadãos de segunda categoria e para eles não há justiça. A consciência sobre essa situação, de algum modo, se manifesta no mundo mimético do excluído, em que as formas ganham vida no lugar da subsistência. É um mundo imaginário da consciência fantasiosa e manipulável que engana, mas não engana sempre.

O tênis de qualidade inferior do adolescente pobre, por exemplo, que reproduz o sofisticado tênis do adolescente rico nem sempre satisfaz. Essa insatisfação tem desencadeado atos de violência entre adolescentes, quando a única forma daqueles que não se contentam com a imitação adquirirem a mercadoria que os ‘qualifica’ é tirar daqueles outros que a possuem.

Nessa perspectiva, Martins (1997, p.14) afirma:

não existe exclusão: existe contradição, existem vítimas de processos sociais, políticos e econômicos excludentes; existe conflito pelo qual a vítima dos processos excludentes proclama seu inconformismo, seu mal-estar, sua revolta, sua esperança, sua força reivindicativa e sua reivindicação corrosiva. Essas reações, porque não se trata estritamente de exclusão, não se dão fora dos sistemas econômicos e dos sistemas de poder. Elas constituem o imponderável de tais sistemas, fazem parte deles ainda que os negando. As reações não ocorrem de fora para dentro, elas ocorrem no interior da realidade problemática, ‘dentro’ da realidade que produziu os problemas que as causam.

Embora afirme que exclusão, de fato, sociologicamente não exista, considera pertinente pensar sobre ela, já que é um momento dinâmico de um processo mais amplo que implica pensar no seu contrário, na “inclusão daqueles que estão sendo alcançados pela nova desigualdade social produzida pelas grandes transformações econômicas e para os quais não há senão, na sociedade, lugares residuais” (MARTINS, 1997, p.26)

Em muitos casos, a palavra exclusão e a forma como o termo é utilizado nas práticas ao invés de revelar acaba por mascarar aspectos de uma realidade, confunde a ação da vítima que anseia por justiça e transformações sociais. Em vez de expressar uma prática rica, induz uma prática pobre, pois se discute a exclusão e deixa-se de discutir as formas pobres e insuficientes de inclusão. A realidade mascarada sob o discurso da exclusão é capturada, muitas vezes, nas propostas políticas que apresentam falsas soluções travestidas num discurso de inclusão.

Martins considera que está ocorrendo certa fetichização da idéia de exclusão, todos os problemas sociais passam a ser atribuídos mecanicamente a essa coisa indefinida que chamam de exclusão. Está ocorrendo também certo reducionismo interpretativo que suprime as mediações que se interpõem entre a economia e outros níveis e dimensões da realidade social. As políticas econômicas que seguem o que está sendo chamado de modelo neoliberal implicam a proposital inclusão precária e instável, marginal.

Não são, propriamente, políticas de exclusão. São políticas de inclusão das pessoas nos processos econômicos, na produção e na circulação de bens e serviços, estritamente em termos daquilo que é racionalmente conveniente e necessário a mais eficiente (e barata) reprodução do capital. E, também, ao funcionamento da ordem política, em favor dos que dominam. Esse é um meio que claramente atenua a conflitividade social, de classe politicamente perigosa para as classes dominantes (MARTINS, 1997, p.20).

Assim como Martins, mostrando o capitalismo e sua lógica de mercado como discussão fundamental no polêmico debate sobre exclusão social, Demo (1998) também problematiza essa noção que parece ter se tornado a ‘febre’ do momento, diante da amplificação da pobreza e de sua visibilidade acintosa na vida cotidiana. A partir de uma perspectiva histórico-estrutural, esse autor afirma que a discussão em torno da questão exclusão social não traz originalidade teórica ou prática. O novo se refere à nova fase em que o capitalismo se encontra – globalizado e competitivo – e a uma repulsa àquilo que se entende como um ortodoxismo de explicação marxista. Além disso, o *welfare state* é assumido equivocadamente como

principal parâmetro nesse debate que surge a partir de sua falência. Durante os anos gloriosos, a história da pobreza do mundo foi relegada nos países que passaram pela experiência do *welfare-state*.

Para esse autor, o que se considera novo na discussão sobre exclusão social, sobretudo na produção teórica francesa, é a emergência de uma questão social identificada como a perda do liame de coesão social, a inquietude sobre a capacidade de manter a coesão social.

A tese de que não existe nova questão social que justifique a emergência do paradigma exclusão social para além dos paradigmas de desigualdade e classe social é desenvolvida por Demo. Entende que a teoria marxista está colocada como balizadora dessa discussão, principalmente naquilo que se refere à defesa ou à recusa de se considerar o capitalismo como sempre se previu, e o novo ser apenas a fase em que se encontra. As características dessa nova fase explicariam a intensificação da pobreza: isto não representaria, portanto, uma nova questão social.

Afirma ser necessário inserir nessa discussão conceituações que superem uma visão deficiente de pobreza, que se restringe, muitas vezes, à carência de renda, à carência material. A pobreza comumente é entendida como processo de repressão do acesso às vantagens sociais. Não é só a manifestação física e material, mas é também pobreza de espírito. No cerne da pobreza está o fundo político da marginalização opressiva. Se todos passam fome: ninguém é pobre. Não é a carência em si que gera necessariamente a situação de pobreza: mas quando alguns passam fome enquanto outros comem às custas da maioria. Assim: *pobreza é injustiça*, ressalta a necessidade de *consciência política do pobre*, o pobre mais pobre é aquele que sequer sabe e é coibido de saber que é pobre.

Demo distingue dois horizontes típicos de pobreza (apesar de serem um só fenômeno): a *pobreza socioeconômica*, que é carência material e se traduz em precariedade comumente reconhecida do bem-estar social – fome, favela, desemprego, mortalidade infantil, doença – e *pobreza política*, que é a dificuldade histórica do pobre de superar a condição de objeto manipulado para ser sujeito consciente e organizado diante de seus interesses. O povo, massa de manobra, é politicamente pobre, e a superação dessa pobreza política só pode ser iniciativa primeira do interessado.

Para ele a definição de pobreza revela campo contraditório e fundamental da política social. A questão social que emerge como pano de fundo é o problema das desigualdades sociais, considerada na perspectiva histórico-estrutural. Seria o caso de eliminar, reduzir ou normalizar tais desigualdades? Para o grupo dominante as políticas tendem a ser tática de desmobilização e controle, e para os dominados, contraposição. Se estes chegam ao poder diminui a discriminação, mas não termina a desigualdade – a superação do capitalismo como sociedade discriminatória não elimina a desigualdade, mas introduz formas mais democráticas; a democracia não extermina o fenômeno do poder, mas o domestica.

Um dos pontos a ser considerado nesse debate é a distinção entre a visão assistencialista de pobreza no Estado Providência, a preponderância do mercado no Estado mínimo como forma de inclusão social pela inserção no mundo do trabalho, e as perspectivas de uma terceira via na redistribuição da riqueza para além de políticas acomodadoras da pobreza.

A visão assistencialista de pobreza apresenta-se como uma das principais precariedades do debate sobre a exclusão social. Nela está presente uma fé excessiva no Estado e uma desobrigação do sistema produtivo. Para o Novo Estado Protetor, a saída contra a pobreza é a assistência, o que é inconcebível para Demo, pois a supressão de empregos no novo contexto mundial vai revelar a necessidade crescente dos pobres em contraposição à disponibilidade de recursos. Além disso, não existe Estado bem intencionado, e a cobertura universalista só é possível perante um número reduzido de pobres.

A saída contra a pobreza para o modelo residualista e de cariz neoliberal é o mercado. EUA, Inglaterra e países aliados apostam na política global de desregulação: flexibilidade dos salários pela baixa. Entendem renda mínima e salário mínimo como máquinas de exclusão, já que inclusão se dá pela inserção no mercado de trabalho. Mas é impraticável a inserção de todos no mercado devido à globalização. O aumento de produtividade vem se dando de acordo com a intensidade do conhecimento e menos pelo uso de mão-de-obra ou força de trabalho. A supremacia do mercado torna as políticas sociais compensatórias e denega as conquistas mínimas do capitalismo.

As políticas de inclusão (ou de redução da pobreza) são, portanto, limitadas no sistema capitalista: seja sob o ponto de vista do Estado Providência,

como visa o contexto francês, que busca restaurar os ganhos históricos do *welfare state* – a reinstalação de um Estado protetor seria uma forma de resistência ao Estado mínimo. Seja sob o ponto de vista do Estado mínimo – EUA, Inglaterra – que tem o mercado como finalidade.

Em ambos os casos despreza-se a relação central da pobreza: questão política, déficit de cidadania. Nesse sentido, os dois modelos são antípodas: não basta assistência estatal, como quer o novo Estado Protetor, pois, ao se buscar desvincular as necessidades sociais do sistema produtivo e satisfazer as necessidades independentemente dele, mantém-se a exclusão pela via da assistência. Não basta também mercado, pois respeitar as relações de mercado não possibilita a inclusão da grande maioria excluída do mundo do trabalho. Há no primeiro modelo o encobrimento de que a assistência não é a estratégia de combate à exclusão dentro do capitalismo, pois aqui inserção é discriminação positiva. No segundo, há o encobrimento de que o mercado não é capaz de regular a justiça social; é um fim em si mesmo e não meio de sobrevivência e de bem-estar.

Demo ressalta que inclusão é mais do que inserção no mercado ou assistência indiscriminada é democracia pautada nos direitos humanos e na cidadania. Qualquer democracia mínima deve reconhecer o direito à assistência às pessoas que não podem se sustentar, mas assistência não é política social capaz de dar conta de toda a pobreza. A busca pela superação da pobreza não se dá a partir de benefícios, mas através da constituição de sujeitos sociais capazes de história própria, individual e coletiva.

Ao considerar os limites das políticas de inclusão, segundo a compreensão de que justiça social e capitalismo são incompatíveis, o autor vai se voltar para aquilo que chama de um novo horizonte de redistribuição da riqueza que não se limite a acomodar a pobreza. Esse é um grande desafio no mundo globalizado competitivo, onde emprego e relação de trabalho não é mais elemento central para integração do sistema produtivo e de regulação social. Nesse novo horizonte a indagação que se coloca é: como fazer essa redistribuição preservando os direitos de cidadania?

Essas transformações poderiam entrar em curso por negociação política ou por confronto violento. A crise que se vive no mundo atual é de todos e

nesse sentido aparecem as contradições interessantes ao Estado, comprovadamente perdulário e ineficaz, porém inevitável e necessário.

O autor, ao considerar a desigualdade social como pano de fundo, entende que uma política social autêntica precisa envolver compromissos evidentes para atingir essa desigualdade. Precisa ser: *preventiva*, ir à origem dos problemas, e *redistributiva* de renda e poder. De modo geral a política social é mantida pela mera distribuição: é feita na medida de sobras (funciona como bombeiro), tende a beneficiar quem já é beneficiado, mistifica a pobreza como sina, falta de sorte e de jeito; descarta o pobre como agente principal do projeto de enfrentamento da desigualdade (torna-se objeto de distribuições). Deve ser: *equalizadora* de oportunidades, já que estas foram apropriadas pelos grupos dominantes (a educação, por exemplo, deveria ser universalizada), e *emancipatória*, unindo autonomia econômica (voltada para auto-sustentação) com autonomia política (plantada na cidadania) (DEMO, 1994).

A idéia de que se modificam conceitos e teorias, apesar de a pobreza ser praticamente a mesma, merece destaque. Martins (1997) recupera alguns termos usados nesse sentido: já se falou em pobres, marginalizados e marginalização e agora em exclusão. São designações que aparentemente dizem a mesma coisa. A dúvida epistemológica que surge como indagação é: para que usar três nomes para a mesma coisa? Porque provavelmente a mesma coisa está mostrando coisas novas que até então não se via.

Na sociedade capitalista mudam conceitos e teorias, porém a pobreza continua mais ou menos a mesma; apesar do esgotamento do *welfare state* – que ocorreu apenas nos países que ocupam o centro do sistema e dos efeitos de afrouxamento da cidadania popular dele conseqüente –, fica no imaginário social a possibilidade de civilizar o mercado que é incivilizável (DEMO, 1998).

Diante de tal debate entendemos ser a exclusão social uma nova designação que apresenta a pobreza sob outra vestimenta e vem na esteira da falência daquilo que se acredita ser um dogmatismo marxista. A tentativa de criar um novo conceito, um novo paradigma, para explicar a situação de pobreza não é inédita, como já vimos ocorrer em outras épocas. As discussões em torno das noções de

marginalidade, marginalização ou populações marginais também traziam essa característica ¹⁰.

Na nossa breve exposição, pudemos constatar dois tipos de abordagem teórica: de um lado, esse tema não passa de uma variação da discussão sobre a pobreza que surge a partir da falência do Estado Providência, do *welfare state*. De outro lado, uma nova questão social que está emergindo a partir da angústia que vários setores populacionais têm de cair na espiral da precariedade, devido às modificações no mundo do trabalho, o que desperta sentimentos de medo de desagregação do liame social. Uma questão controversa está no fato de se entender (ou não) a exclusão social como novo paradigma que amplia os paradigmas de desigualdade social ¹¹ e classe social.

O novo nessa discussão é a emergência dos efeitos do contexto de globalização, inspirado nos ideais neoliberais, que expressam uma nova fase do sistema capitalista. A pobreza a que está submetida grande parcela da população é fruto dessa nova fase que dispensa o trabalho de mão-de-obra e aposta todas suas fichas no acúmulo tecnológico, responsável pela diminuição do tempo de trabalho na produção daquilo que tem valor de troca.

Outra questão que nos parece importante nessa polêmica é a emergência de aspectos concernentes à ‘produção de uma subjetividade’ associados a

¹⁰ Outras figuras simbólicas e, junto com elas, outras configurações que se apresentam na abordagem do desenvolvimento da pobreza são referenciadas no trabalho de Demo (1998): exclusão social (França); *underclass* (EUA); marginalidade (América Latina). No grande debate que envolve tais questões, duas orientações teóricas são ressaltadas: uma de inspiração culturalista e outra de tradição marxista.

¹¹ A desigualdade social entendida como reveladora da distribuição de riquezas em um determinado contexto histórico social é frequentemente associada às diferenças hierárquicas do ponto de vista econômico: em uma dada formação social convivem frações de classe ou grupos que guardam uma certa homogeneidade interna média em relação ao acesso às riquezas nacionais. Segundo Escorel (1999), essa homogeneidade é um parâmetro operacional para a mensuração da pobreza e da desigualdade social, porém não é possível a partir deste parâmetro desvendar as dificuldades individuais ou familiares de acesso aos bens e serviços, pois na experiência diária estão em jogo muitos outros fatores condicionantes e determinantes. Atualmente os indicadores mais utilizados para medir a desigualdade social em relação à distribuição de renda são os índices de Gini (compara a proporção do rendimento total auferido por uma parcela da população em relação ao peso relativo dessa parcela no conjunto da população) e de Theil (mais sensível ao que ocorre com as rendas relativamente mais elevadas). Outros índices – como o Indicador de Desenvolvimento Humano (IDH), utilizado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), que busca mensurar condições de longevidade e vida saudável, acesso ao conhecimento e a um padrão de vida decente – são utilizados na tentativa de diferenciar aspectos contidos nas parcelas homogêneas como: formas de acesso aos bens e serviços essenciais (habitação, saúde, educação), regularidade ou irregularidade de rendas ,etc.

uma nova questão social. Nessa nova fase do capitalismo, o que parece emergir como fundamental é a angústia, é o medo diante de uma desagregação do liame social. Sendo assim, questionamos se a centralidade da questão gira em torno da relação desigualdade / classe social x nova questão social / exclusão social.

Ao se incluir a angústia, o medo diante do possível caos decorrente da retirada de grandes parcelas da população do mundo do trabalho, estamos entrando numa discussão que sai do âmbito quase exclusivo da Sociologia para um campo interdisciplinar que deve incluir outras áreas do conhecimento. A Psicologia Social é uma delas, como Paugam enfatiza ao incluir o conceito de identidade na tentativa de melhor delimitar a noção de exclusão social. Mas esse campo interdisciplinar pode ser pensado e constituído a partir de diferentes paradigmas da questão social.

Indagamos sobre até que ponto é operacional e/ou plausível, teoricamente, colocar exclusão social como uma nova categoria, ou novo paradigma neste cenário, se o aspecto que parece se destacar é a mescla ou a articulação de elementos do âmbito psíquico e social. Entendemos que nesse caminho de discussão uma outra questão deve ser considerada: novas formas de expressão de ‘subjetividades’ vão emergindo. Se vivemos à beira de um caos social, de uma precariedade que parece remontar ao momento do início do capitalismo com a expulsão do homem do campo para a cidade – hoje é o homem urbano que está sendo expulso/expropriado do emprego, o ‘bem’ que lhe restava –, alguma forma de proteção psíquica, os expulsos (‘excluídos’) precisam desenvolver. Diante desse caos, da perda daquilo que trazia a ilusão de segurança (o emprego), as angústias até então vividas solitariamente, individualmente, parecem explodir na realidade social pelo sentimento coletivo do medo.

Um olhar mais cuidadoso na direção dessa totalidade complexa, que é a realidade social, nos encaminha para aquilo que se processa e não é visível aos olhos da Sociologia e que parece ser uma das ‘ligas’ dessa mesma realidade. O sujeito – como afirmou Marx (1983) na sua célebre comparação entre o trabalho do homem e da abelha: a arquitetura mais perfeita do trabalho realizada pelas abelhas em sua colméia não pode superar a complexidade do ato de construir o mais rudimentar instrumento de trabalho do homem – que antecipa as situações, que planeja sem se dar conta que no mais simples de seus atos está implicado um conjunto de operações mentais e sociais mediatizadas por um conjunto de afetos, de

energia psíquica intra e intersubjetiva, que talvez seja a ‘liga’ desse conjunto ao qual se dá o nome de social. Se é assim em todos os momentos, em todos os segundos dessa mesma realidade ‘ligas e rupturas’ vão se processando, ‘ligas e rupturas’ vão, no interior de outros processos intra/intersubjetivos entrelaçados aos político/institucionais, criando e instalando ou rompendo e criando novas modalidades de subjetividade.

Se ao homem é necessário buscar formas de proteção diante do perigo iminente de morte, é necessário também buscar formas de proteção diante do perigo iminente de morte (desestruturação) psíquica. O trabalho de Dejours (1987) é precioso no sentido de buscar desvendar formas de proteção, de sobrevivência do homem – é bom lembrar que o homem é o único dos seres vivos que se adapta a diferentes *habitat*: como ele, do mesmo modo que um camaleão, sem perder suas características físicas, conforma-se tão bem aos ambientes mais inóspitos existentes na face da Terra? Não seria principalmente pela sua capacidade de elaboração, pela sua atividade intelectual, pelo seu apego ou desapego afetivo e pelo apoio do grupo que o cerca?

Dejours busca compreender como, por exemplo, o homem do subproletariado francês do início do século – e que se assemelha ao proletariado atual dos países do terceiro mundo –, diante de tanta adversidade e precariedade material conseguia continuar vivo e ‘levando a vida’. Qual o tipo de proteção que esse homem totalmente desprovido do mínimo de bens materiais para sua sobrevivência conseguia para manter-se vivo. Uma hipótese se constrói sobre a proteção psíquica coletiva – talvez tenha sido essa que também permitiu ao homem garantir seu caráter desbravador. O conceito de estratégia defensiva talvez nos dê algumas pistas nesse sentido. O subproletariado desenvolveu uma forma de proteção psíquica coletiva que os mantém vivos e ainda pertencentes a um grupo social: o desenvolvimento da ideologia da vergonha é uma saída vista por Dejours. O único bem, ainda que precário, dessa classe seria o seu próprio corpo: o corpo que é força de trabalho e que lhes dá seus bens mais caros, seus filhos. Desenvolver uma estratégia psíquica que encubra o medo de perder seu único bem é uma forma para ir levando a vida. A ideologia da vergonha parece vir no sentido de manter esse grupo, de certa forma, coeso e vivo.

Se, por um lado, essa pode ser uma das únicas formas de se manterem vivos, forma fundamental para sobrevivência, ela é, por outro lado, uma forma de escamoteamento da realidade à qual estão submetidos. O preço parece ser caro: ‘vivo, porém me alieno’. Alienação que se manifesta na impossibilidade de organização coletiva que possa superar esse estado, que impede a possibilidade de uma identidade-cidadã. Até que ponto chega essa ‘alienação’? Ela é totalmente impeditiva na construção dessa identidade?

Todas essas idéias vêm no sentido de pensar se o momento de caos que hoje vivemos não estaria produzindo uma ‘nova subjetividade’. Oprimidos pelo medo de perder a vida, uma das estratégias ou formas de defesa psíquicas é exatamente desafiar esse medo, colocando a vida em um risco ainda do que aquele ao qual já está submetida. Lembremos mais uma vez do exemplo dado por Dejours (1987) por trabalhadores da construção civil. Nesse contexto, a possibilidade de acidentes e conseqüentemente de mutilação do corpo ou perda da vida é iminente e freqüente. Para suportar o medo nesse contexto, as atitudes são exatamente opostas àquilo que racionalmente entendemos como proteção: o desafio aos riscos impostos pelo trabalho, o apelo aos traços de masculinidade – é preciso ser muito macho, forte e corajoso para desafiar a morte – como forma de suportar esse mundo.

Enfim, consideramos que, se uma das polêmicas em torno do tema exclusão social está no fato de substituir conceitos marxistas por outros que explicitem fenômenos de ordem subjetiva, essa é uma falsa polêmica. As formas de produção da ‘subjetividade’, traduzidas pela angústia emergente no momento de caos em que vivemos não deveriam estar fora das discussões que se voltam para a questão social. Se o novo na temática exclusão social é a questão da angústia perante a desagregação do liame social, não se justifica a criação de novas categorias; não é criando novas categorias que incluem a temática ‘subjetividade’ que será possível enterrar o conceito de classe social.

Em relação ao objetivo de nossa pesquisa – refletir sobre a saída do hospício para a cidade – é necessário ressaltar que se vivemos hoje uma angústia emergente na grande ‘massa excluída’, devemos lembrar que esse tipo de angústia –

medo de perder a vida, os vínculos sociais, a identidade, de ser desqualificado – provavelmente não é novo. Provavelmente esteve banido do convívio social, preso nos mesmos dispositivos onde estavam confinados aqueles que poderiam ser os porta-vozes da possível ‘desagregação social’ inevitável diante das injustiças e desigualdades da sociedade que vive para o mercado. Dispositivos como hospícios, asilos, cadeias, reformatórios, protegeram por muito tempo essa massa que hoje vai sendo expropriada do que hoje não interessa mais ao capital.

Resta-nos perguntar, ao propor alternativas aos banidos oficialmente (reclusão amparada por aparatos jurídicos), como libertar não somente seus corpos, mas também seus medos e as formas de proteção que os mantiveram alienados, porém vivos nessa sociedade produtora de hospícios burocráticos, normalizadores, assistencialistas, individualistas...

A complexidade e urgência que se coloca diante da questão social parece explicar de certa forma a indiscriminação no uso da noção de exclusão na esfera social, principalmente no âmbito das políticas e práticas. A situação é complexa

porque sustenta e coloca em jogo emaranhadas relações e porque tal emaranhamento requer um exame multidisciplinar. Urgente porque é uma necessidade política e uma obrigação ética pensar nosso fazer cotidiano para procurar localizar nele os efeitos de determinação dos modos de produção decorrentes da organização social (neoliberal) e sua ideologia (Fernandes, 1999).

Na delimitação de diferentes âmbitos, vimos a importância de dirigirmos o olhar para as mediações que se apresentam na discussão dessa problemática. Temos constatado que proposições políticas, principalmente as de caráter assistencial, que partem aparentemente dos mesmos princípios, são traduzidas em soluções muitas vezes contraditórias e com resultados paliativos.

No campo da saúde mental, por exemplo, o princípio de inclusão – ‘incluir para mudar’ tem sido um lema de aparente consenso – se traduz na proposição de modelos de atenção antagônicos. As mediações que estão entre os âmbitos jurídico-político e o técnico assistencial (âmbitos sócio-cultural e teórico-

conceitual) por vezes são desprezadas, não transitam nos fóruns de decisão política e de criação das práticas o que gera o enclausuramento de princípios, conceitos e práticas. "Cabe-nos hoje a tarefa de lutar pela identificação dos novos lugares da clausura. Cabe-nos a luta não somente contra as conhecidas formas de exclusão, mas identificar as novas roupagens pelas quais os mecanismos segregadores se apresentam" (FERNANDES, 1999, p.92).

A inclusão, a reinserção social, deve ser entendida também sob essa ótica. Convém indagarmos se muitas das práticas denominadas como sendo voltadas ao combate à exclusão, sejam de caráter governamental ou não governamental, não estariam de acordo com aquilo que é definido por Martins como inclusão marginal, ou seja, como simples formas de amenizar os efeitos daquilo que se entende por exclusão.

2 – OS SENTIDOS DO MORAR: ENTRE POLÍTICAS PÚBLICAS E MULTIPLICIDADES DA CIDADE

As conseqüências dos processos excludentes na sociedade capitalista são alvos antigos de preocupação e teorização que se expressam de formas diversas de acordo com as diferentes épocas e áreas de conhecimento que se debruçam sobre esses alvos. No capítulo anterior, vimos que tais processos são inerentes e constitutivos da sociedade capitalista: exclusão apresenta-se como um modo de vida nestas sociedades. A forma clássica, desencadeadora desses processos é a expulsão do homem do campo para as cidades no momento de passagem do sistema de produção feudal para o de produção capitalista.

Os processos que entram em curso nos países que se industrializaram – tais como: concentração da posse da terra, taxas elevadas de impostos sobre a propriedade, oferta de produtos a preços inferiores no mercado por parte das grandes propriedades – eliminam as possibilidades de concorrência do pequeno agricultor, que progressivamente vai se direcionando para as cidades, espaço de novas possibilidades, como mão-de-obra da indústria nascente. Um grande contingente de agricultores se coloca a caminho para o novo modo de vida que se impõe. Como nos diz Hobsbawn (1982), movimentos populacionais e industrialização caminham juntos, pois o desenvolvimento econômico moderno do mundo pede mudanças substanciais junto aos povos.

A metade do século XIX marca o começo da maior migração dos povos na história. Seus detalhes exatos mal podem ser medidos, pois as estatísticas oficiais, tais como eram então, são falhas em capturar todos os movimentos de homens e mulheres dentro dos países ou entre estados: o êxodo rural em direção às cidades, a migração entre regiões e de cidade para cidade, o cruzamento de oceanos e a penetração em zonas de fronteira, todo este fluxo de

homens e mulheres movendo-se em todas as direções torna difícil uma especificação (HOBBSAWN, 1982, p.207).

Segundo Hobsbawn, falar ‘cidade’ em meados do século XIX era dizer ‘superpopulação’ e ‘cortiço’; quanto mais rápido a cidade crescia maiores eram os ‘problemas’ relativos ao excesso populacional. Para os planejadores de cidades, os pobres eram uma ameaça pública e suas concentrações eram potencialmente capazes de se desenvolver em distúrbios, e por isso precisariam ser impedidas.

Em outros termos, o novo quadro urbano é marcado por um grande contingente da população que não é absorvida pelo mundo trabalho. A densificação de grandes aglomerações nas cidades provoca o surgimento de problemas sanitários, de higiene e de circulação e, com estes problemas, são desencadeadas intervenções de caráter higienistas ¹¹ seguidas de outras ações públicas reformistas do espaço construído, de obras cirúrgicas que vão modificando o espaço urbano: alargamento das vias e construção de novas edificações públicas, eliminação de habitações consideradas precárias, de áreas centrais, com transferência para outras regiões das cidades. Os centros urbanos industriais conhecem um rápido processo de suburbanização; o desenvolvimento tecnológico e a instalação de meios de transportes mecânicos possibilitam a ocupação de áreas mais distantes dos centros urbanos e, conseqüentemente, a ruptura da sobreposição ou da proximidade espaciais entre local de moradia e local de trabalho. A separação de tais funções e, junto com esta, as propostas e intervenções urbanísticas colocam em curso a instalação de áreas específicas ou o zoneamento das principais atividades urbanas, quais sejam, habitação, trabalho, circulação e lazer. Tal segmentação funcional instala uma separação rígida de atividades no espaço da cidade e um outro tipo de segregação que diz respeito ao isolamento da moradia no espaço urbano (SOUZA, 1999).

As grandes cidades do hemisfério norte, erguidas pela riqueza acumulada pela burguesia e local de concentração demográfica, industrial e simbólica, foram alvo de vastos programas de reforma urbana no século XIX, inspirados no modelo de cirurgia material e social constituído em Paris. Esta cidade

¹¹ A higiene pública constitui-se num instrumento privilegiado pelos médicos na tática utilizada para dar à medicina estatuto político próprio, “o que significa seu aparecimento como um poder capaz de tomar parte efetiva nas medidas de organização, controle e regularização da vida social” (MACHADO, 1978, p. 258).

teve suas necessidades de aeração, circulação, lazer, de monumentalidade e de controle sócio-político satisfeita a partir de golpes violentos contra antigas tradições de convívio social e de propriedade fundiária que mantinham os parisienses alojados em suas casas, ruelas e bairros (MARINS, 1998).

O prefeito de Paris nomeado por Napoleão III tinha como principal objetivo transformar a cidade no modelo de metrópole industrial moderna.

Hausmann rasgou, no centro de Paris, um conjunto monumental de largos e extensos bulevares em perspectivas, com fachadas uniformes de ambos os lados, reduzindo a pó os populosos quarteirões populares e o emaranhado de ruas estreitas e tortuosas que, desde a revolução de 1789 até a grande insurreição proletária de 1848, constituíram o legendário campo de batalha das guerras de barricada do proletariado parisiense. (...) O plano de Hausmann tinha como uma das estratégias principais a neutralização do proletariado revolucionário de Paris, a destruição da estrutura material urbana que servia aos motins populares de rua (BENCHIMOL apud BAPTISTA, 1999, p.111).

As casas e os edifícios residenciais foram as construções mais atingidas pela obra cirúrgica de Hausmann.

As moradias foram alvo da enxurrada de discursos e práticas normativas que procuravam chegar ao cidadão em seu espaço mais difuso, mais suspeito – e menos alcançado pelos tentáculos do Estado. A privacidade das populações parisienses deveria sujeitar-se ao interesse ‘público’, apanágio definido por outras intenções ‘privadas’ alojadas no aparelho institucional. Milhares de unidades habitacionais foram destruídas em Paris à custa de desapropriações, e as muitas remanescentes foram fustigadas pelas posturas cada vez mais ousadas. As novas construções foram submetidas à aprovação governamental, o que restringia intensamente a possibilidade de se construir como se quisesse. A especulação estabelecia uma lógica paralela de exclusão espacial,

em que as imediações das grandes artérias foram lentamente impossibilitando o habitar pouco custoso (MARINS, 1998, p.135).

No Brasil, as grandes cidades vão surgindo no horizonte como possibilidade de vida a partir do advento da República. As transformações demográficas e sociais ocorriam com a chegada de novos habitantes vindos das senzalas, dos casebres do interior do país e dos imigrantes, que se somavam aos antigos escravos, forros e brancos pobres: movimentavam-se alvoroçados pelas ruas da cidade à procura de emprego e teto barato para abrigo num deslocamento que fundia vivências, experiências e tensões. A ocupação progressiva das ruas e casas e a chegada cada vez maior de habitantes faziam emergir palavras de ordem das elites contra o ‘tumulto’ e a ‘desordem’, denominações dadas a ‘aparente’ confusão dos espaços urbanos.

Surgia então a figura aterradora da massa de ‘cidadãos’ pobre e perigosa, viciosa, a qual emergia da multidão de casas térreas, de estalagens e cortiços, de casas de cômodos, de palafitas e mocambos que eram a vastidão da paisagem das cidades herdadas do Império. Acusadas de atrasadas, inferiores e pestilentas, essas populações seriam perseguidas na ocupação que faziam das ruas, mas sobretudo seriam fustigadas em suas habitações (...) Urgia ‘civilizar’ o país, modernizá-lo, espalhar as potências industriais e democratizadas e inseri-lo, compulsória e firmemente, no trânsito de capitais, produtos e populações liberados pelo hemisfério norte. As grandes capitais da jovem República constituíam o horror a qualquer um que estivesse habituado aos padrões arquitetônicos e sanitários de grandes capitais européias, como Paris, Londres, Viena, São Petersburgo, Nova York e Washington, ou mesmo às cidades secundárias dos países centrais (MARINS, 1998, p.133-134).

O primeiro espaço brasileiro a sofrer uma grande cirurgia urbanística, inspirada no modelo francês e nas teorias que o justificava – dentre elas o pressuposto de que o crime na pobreza e na loucura tinha como causa predisposições

genéticas –, foi a cidade do Rio de Janeiro, capital do antigo Império e da República nascente. Tentativas de controle do Estado sobre as moradias e de extensão de padrões de privacidade ao âmbito coletivo incluíam-se no projeto de reforma. Logo no início do governo republicano, iniciam-se intervenções públicas com o intuito de eliminar cortiços na área central da cidade. A primeira delas foi a expulsão de quatro mil habitantes do conjunto habitacional ‘Cabeça de Porco’ e a derrubada violenta desses domicílios. Neste episódio, porém, o objetivo de afastar os miseráveis da área central não foi atingido, já que esses antigos moradores fizeram uso do material de demolição para construir outro tipo de moradia: casas de madeira erguidas nas encostas de morros, apelidadas de Favela devido à associação feita ao tipo de plantas com favas que eram abundantes nesses locais. Podemos entender a favelização como uma solução encontrada pelas famílias proletárias e um fracasso das medidas sanitárias e higienistas que foram impostas pela elite carioca naquele momento.

A partir de 1903, com a esperança de garantir a transformação social e cultural da cidade, e com esta construir um cenário atraente à entrada do capital internacional, outras medidas são tomadas no sentido de cercear a liberdade de ocupação dos espaços públicos e privados das áreas mais centrais. Esperava-se expulsar grande parte da pobreza e da miséria, das manifestações populares, das atividades tradicionais nas ruas e eliminar as casas modestas; impedir, pela proibição, a construção de estalagens, cortiços e casas térreas no perímetro da área ‘nobre’; regular as novas edificações e instaurar a hegemonia da medicina científica a partir do desenvolvimento de práticas sanitárias. Era preciso melhorar a higiene domiciliar, transformar as edificações, fomentar a construção de prédios modernos e, junto com isto, rasgar a cidade com avenidas, garantir a circulação do tráfego urbano, demolir a edificação ‘atrasada’ e ‘repugnante’.

A prioridade no embelezamento das ruas e artérias centrais e dos bairros ao sul principiava a mostrar a real dimensão da capacidade do poder público em readequar os padrões habitacionais, e a própria ambição de sanear e zonear socialmente a nova capital redesenhada. Os temores do fracasso das medidas sanitárias, infundados porque de fato elas lograriam eliminar a maioria das doenças epidêmicas e endêmicas do Rio, renunciavam à continuação e à dispersão não das patologias biológicas, mas

daquelas temidas, as sociais e habitacionais (MARINS,1998, p.152).

Se, por um lado, a dispersão das populações pobres ocorreu pelos subúrbios da cidade, por outro, as tímidas medidas governamentais relacionadas à política habitacional levava grande parte dos despejados a se alojarem onde pudessem. Desse modo, apesar da proibição de construção de novos cortiços e estalagens, casas de cômodos continuavam a se espalhar pelas edificações vizinhas à região de comércio e lazer; os barracos de madeira acumulavam-se nos morros cariocas. Apesar das vozes que se pronunciavam, principalmente na imprensa, contra a ameaça que vinha das novas habitações, as favelas são veladamente toleradas. A ausência de reformas sociais necessárias para conter a demanda que vinha sendo criada com a nova redefinição do espaço urbano facilita essa ‘tolerância’, até mesmo porque grande parcela da população expulsa era empregada das elites cariocas e, numa cidade com precária oferta de transporte coletivo, quanto maior a distância do centro, mais dificuldades havia para o cumprimento das atividades exigidas no trabalho.

A apropriação parcial do programa parisiense, adequado a uma cidade industrializada e com forte demanda de serviços, veria seus resultados chocarem-se com uma sociedade, e com uma economia nacional, que não podia acolhê-la satisfatoriamente nem mesmo em sua escala reduzida, tampouco fazê-la frutificar segundo ambições dos dirigentes brasileiros (MARINS, 1998, p.145).

A precariedade de condições de habitação de grande camada da população era também realidade das outras maiores cidades da República, onde havia tentativas de reproduzir os modelos europeu ou carioca de readequação espacial. Um jornal gaúcho de 1898 explicita tais condições e posicionamento de reordenação:

A moradia em porões é de necessidade urgente proibir, mas de modo terminante, sem transigências. Os pseudofilantropos,

proprietários de porões e cortiços, perguntariam logo: mas onde irá morar essa gente pobre?

É fácil a resposta. Há 4 anos dificilmente encontrar-se-ia casa grande ou pequena mesmo em arrabalde, agora não existem menos de 400 em disponibilidade. Os arrabaldes estão aí, devem ser habitados pelos proletários. Na cidade propriamente dita, só devem residir os que podem sujeitar-se às regras e preceitos da higiene.

Ora, num porão ou cortiço, não pode haver asseio e, conseqüentemente, a higiene desaparece.

O que resulta desta aglomeração de indivíduos sujos, sem escrúpulos de ordem alguma, é a infecção atingir os asseados, porque de nada servirá que o morador do pavimento superior pratique tudo a bem da saúde, se ele tiver no inferior ou mesmo do lado um vizinho imundo.

Condenar os porões *in totum*, proibindo a moradia nos piores, e elevando a décima nos melhores, será um passo enorme do sentido do saneamento da cidade (Gazeta da Tarde – 17/01/1898 apud MARINS, 1998, p.163-164).

A cidade de São Paulo, por sua vez, apesar de apresentar uma crise habitacional no final do século XIX, que se expressava pelo encortiçamento de diferentes modalidades (hotel-cortiço, casa de cômodos, cortiço improvisado, cortiço-pátio), constituía ainda uma pequena área urbanizada. Segundo Marins (1999), esta característica permitiu a abertura de novas áreas a partir do princípio de zoneamento social e disciplinado na forma de construir e de habitar; permitiu uma fisionomia ao gosto excludente do sanitarismo social de buscar livrar as cidades de suas patologias coloniais e imperiais. De outro lado, imigrantes estrangeiros, ex-escravos e seus descendentes incham as ruas e casas de cômodos do Brás, Mooca, Cambuci, Bom Retiro, Barra Funda, Pari e Bexiga.

Alinhadas diretamente com as calçadas, as habitações populares formaram a paisagem marcante dos bairros imigrantes, em cujas janelas debruçadas sobre as ruas rompia-se a desejada diferenciação espacial das elites empenhadas em discernir fronteiras entre espaços públicos e privados. De espaço previsto

para a circulação viária, os logradouros, com escasso movimento automotivo, transformavam-se em extensão das pequenas salas de estar, e rodas de cadeiras espalhavam-se pelas calçadas, metamorfoseando a sociabilidade dos vilarejos rurais europeus. As músicas, o vozerio alto e acalorado rompiam tênues limites de paredes e vidraças, fundindo experiências – e fomentando solidariedades (MARINS, 1998, p.173).

Devemos lembrar, neste breve histórico, que as raízes da questão habitacional estão relacionadas à urbanização industrial capitalista. A ocupação e o uso do solo seguem a lógica desse sistema que tem na mercadoria seu objetivo principal: as cidades vão se constituindo num lugar privilegiado para produção de mercadorias¹² e ela mesma vai se transformando em uma delas. “Os elementos estruturantes de produção capitalista no espaço tendem a se manifestar em permanente processo de mercantilização, forjando através de sua lógica um espaço prioritariamente racional, funcional e produtivo em tensão permanente de destruição/construção” (SOUZA, 1999, p.20).

Do ponto de vista do uso e da ocupação do solo, a posse da terra é legalizada no Brasil, a partir de 1850, pela compra devidamente registrada, pela monetarização e atribuição do estatuto de mercadoria à terra. As concessões e os arrendamentos vão sendo progressivamente substituídos por um sistema de compra e venda de glebas e terrenos que originam os parcelamentos e loteamentos nos arrabaldes da área urbana. Nas cidades pioneiras da industrialização brasileira, a substituição do sistema de aluguel pela compra da casa própria emerge como ‘ideal’ a ser perseguido como uma das soluções procuradas para a crise habitacional; neste contexto as ocupações informais terão lugar no processo de privatização da habitação: na condição de ‘casa própria’ estão, portanto, situações constituídas à revelia dos sistemas formais previstos pelo Estado ou pelo mercado, como as favelas, as invasões e os loteamentos clandestinos.

A intervenção do Estado nesse campo tem se dado a partir de políticas urbanas que objetivam instalar a adaptação do espaço à lógica dominante. Vimos que o estabelecimento das primeiras legislações habitacionais no Brasil se deu, entre

¹² Cf. ARANTES; VAINER; MARICATO; 2000.

outras intenções, em nome da questão higiênica. Se tais definições e as medidas tomadas pelo poder público nelas inspiradas não garantiram melhor habitabilidade nessas cidades, as normas seletivas para tipos de habitação em determinadas áreas urbanas contribuíram, no entanto, para intensificar o processo de segregação espacial e para ampliar as possibilidades de lucro imobiliário.

O capital imobiliário crescente implantou inúmeros loteamentos nos arredores urbanos, porém, não havendo demanda solvável que pudesse pagar, ao mesmo tempo, o lote e a construção, empreendimentos que não garantiam infraestrutura sanitária e viária foram oferecidos às populações pobres. Apesar do aumento da oferta de lotes, grande parte da população continuava não tendo condições de acesso à habitação formal. As favelas e os loteamentos clandestinos continuavam a se intensificar, o que acabou pressionando o poder público a tomar medidas contra os problemas de habitação que não poderiam ser resolvidos pelas leis de mercado.

O governo Getúlio Vargas apresenta-se como o primeiro a tomar iniciativas na tentativa de enfrentar tais problemas pela produção da habitação nomeada ‘social’. Após a 2ª Guerra Mundial, a produção de habitação no Brasil e sua relação com as políticas públicas sofreram grandes mudanças, principalmente a partir da ampliação do modelo de desenvolvimento industrial moderno para todo o país. Os interesses da indústria de construção e do setor financeiro desempenharam papel fundamental na formação de uma política habitacional a partir de então, que vai sendo determinada pela produção de dois padrões de habitação: para rendas altas, as edificações habitacionais mais individualizadas e localizadas próximas às áreas centrais; para rendas mais baixas, com até 12 salários mínimos, a construção em massa de conjuntos de casas e blocos de apartamentos de padrão homogêneo e precário, edificados em série e formando grandes aglomerados localizados nas periferias urbanas.¹³

¹³ No ano de 1964 é criado o Banco Nacional de Habitação a partir dos recursos do FGTS e da Poupança investidos nas funções de órgão central de SFH e do Saneamento, visava a promover a construção e aquisição da casa própria, especialmente para as classes de menor renda. A produção de casas para classe de renda mais alta é intermediada por bancos privados (financiamento diretamente com as incorporadoras), e para as famílias de renda mais baixa o sistema funciona através de empresas públicas: COHAB (habitação para faixas entre 3 e 5 salários mínimos) e INOCOOPS (faixas até 12 salários mínimos e construções feitas por empreiteiras). Apesar dos investimentos, os recursos efetivamente destinados à habitação social somados aos baixos índices de

Importante destacar que ao compararmos a situação da moradia nos países periféricos em relação aos países centrais, apesar da segregação sócio-espacial instalada nos segundos, as demandas materiais básicas de habitação, como acesso e infra-estrutura, foram contempladas de algum modo. O mesmo não ocorreu nos países que não viveram os efeitos dos anos gloriosos:

a garantia do direito à moradia reivindicada nas lutas sociais e efetivamente perseguida pelas políticas públicas, a partir de meados dos anos 1940, exigia a mudança da base fundiária, entre outras medidas. Para assegurá-la, os países capitalistas centrais fizeram uma ‘reforma urbana’ embasada em alguns eixos estruturantes: reforma fundiária (segundo Massiah, o fundiário foi integrado na circulação do capital; em outras palavras, a propriedade e as rendas fundiárias mereceram forte regulação estatal, extensão das infra-estruturas urbanas para atender às necessidades de produção em massa de moradias e financiamento subsidiado (...)). Essas e outras medidas asseguraram a regulação entre o salário e o preço da moradia, não só através do aumento do poder de compra dos assalariados, mas da produção massiva de moradia e, conseqüentemente, de cidade: transporte, saneamento, serviços, etc. A produção moderna fordista implicava aumento da produtividade na construção dos edifícios e da infra-estrutura urbana e isso implicava a regulação da terra e do financiamento. O resultado desse enorme processo de construção que gerou os subúrbios americanos e as cidades expandidas européias assegurou o amplo direito à moradia (mas não o direito à cidade, como lembrou Lefèbvre em seu clássico trabalho *O direito à cidade*) (MARICATO, 2000, p.128).

salário mínimo não permitem a reversão do quadro precário da habitação informal das grandes cidades.

Na década de 80, o Sistema BNH/SFH dá ênfase à produção de novas unidades em conjuntos habitacionais de casas e apartamentos na periferia – projetos que envolvem autoconstrução e medidas para urbanização e melhoria de áreas ocupadas por favelas. Em 1986, o BNH é extinto devido aos altos subsídios impostos pela inflação e pela inadimplência crescente.

No Brasil, o ambiente construído segregado constituiu-se mais degradado e excludente. Apesar do ideal da casa própria acabar prevalecendo ao sistema de aluguel, essa viabilização por parte significativa da população se deu por processos informais que trouxeram graves problemas de habitabilidade e a instituição de uma ‘cidade oculta’, não reconhecida oficialmente pelo poder público.

A omissão do poder público na expansão de loteamentos clandestinos fazia parte de uma estratégia para facilitar a construção da casa pelo próprio morador que embora não tivesse sido planejada foi se definindo na prática, como um modo de viabilizar uma solução habitacional popular, barata, segregada, compatível com a baixa remuneração dos trabalhadores e que ainda lhes dessem a sensação, verdadeira ou falsa, de realizar o sonho de se tornarem proprietários (BONDUKI apud SOUZA, 1999, p.44).

Para Maricato (2000), a invasão de terras urbanas no Brasil é intrínseca ao processo de urbanização, é estrutural e institucionalizada pelo mercado imobiliário excludente e pela ausência de políticas sociais. A cidade oculta é para esta autora uma “*não cidade*”, “*cidade dos excluídos ou favelados*”, uma “*cidade ilegal*”.

Se a segregação no espaço habitacional entre classes por faixa de renda é uma realidade das sociedades capitalistas, o abismo entre classes e espaços em que habitam torna-se ainda mais violento e preocupante quando a privação de direitos e benefícios coletivos passa a ser realidade de uma grande parte dos habitantes de uma cidade que se segmenta em espaços providos de infra-estrutura adequada e em espaços construídos de forma aleatória, deficiente e dessassistida pelo poder público.

Como afirmamos inicialmente, processos excludentes são constitutivos da sociedade capitalista, e uma forma clássica de exclusão é a expulsão do homem do campo para a cidade. Podemos entender que tais processos desencadeados desde então passam a ser determinantes na nova configuração do espaço habitacional, na correlação de forças entre classes e entre os grupos que as

compõem e no modo de vida dos homens dessa sociedade: no trabalho, nos modos de morar, de amar, de se divertir, de conhecer o mundo.

Para finalizar este tópico, dois aspectos merecem ser assinalados pela relação intrínseca ao nosso tema. Primeiro, naquilo que se refere à noção de exclusão social. Entre os estudos que têm como alvo processos excludentes, são significativos aqueles que se voltam para o espaço habitacional como lugar de marginalização, segregação e exclusão. Esta temática, que se apresenta como preocupação que vem de longa data, tem ocupado lugar de destaque no debate atual sobre exclusão social, tanto no âmbito acadêmico quanto no das políticas públicas, e diz respeito à questão da habitação e da configuração do espaço habitacional associada à exclusão urbanística.

Na década de 60, as discussões se deram em torno do conceito de *marginalidade* social a partir do entendimento de que a pobreza era uma consequência do massivo êxodo rural para as cidades do sudeste e trazia os problemas urbanos de moradia (favelas), mendicância, delinquência. Outro pólo de discussão nessa década, e que se estende pelos anos 70, entendia a pobreza e a exclusão subjacente determinada pelas contradições do sistema capitalista: o deslocamento das pessoas do campo esvaziado procurando melhores condições de vida na cidade as incluía num exército industrial de reserva, integrando a engrenagem produtiva de forma desigual. Numerosos estudos sobre a questão da moradia – destacando as favelas –, sobre as condições de segmentos pobres de trabalhadores, principalmente em São Paulo e no Rio de Janeiro, são feitos nesse momento: migrantes e favelados assumiam a figura emblemática de *excluídos* na cidade.

Nos anos 80, a questão da democracia, da segregação urbana e efeitos perversos da legislação urbanística, do território, da questão habitacional (favelas, loteamentos clandestinos, cortiços, crise do BNH), apresentam-se como temas

desenvolvidos por diversos autores ¹⁴. A leitura sociopolítica é marcada pelo fenômeno da segregação espacial que se manifesta com a densificação das favelas nas áreas centrais do espaço urbano e com a periferização da pobreza nos arredores das grandes cidades brasileiras.

Na década de 90, o debate se volta mais explicitamente para a temática de exclusão social urbana. Na perspectiva atual, a separação espacial da pobreza na cidade é acrescida do entendimento de sua inserção em um amplo processo de exclusão social. Portanto, não se trata do esgotamento da questão na segregação sócio-espacial, que se intensificou através dos mecanismos do mercado imobiliário, como também da construção dos grandes conjuntos habitacionais para rendas baixas nas áreas de periferia urbana e pelo recrudescimento das favelas. Atualmente outros fatores ampliam a leitura das desigualdades sociais, além da pobreza e de sua segregação no espaço, para a exclusão de direitos à cidadania e conforto urbano. O conceito de exclusão social, tal qual trabalhado na literatura recente, traz conteúdos que vão além das carências econômicas e habitacionais tradicionalmente enfocadas (SOUZA,1999).¹⁵

O segundo aspecto que queremos assinalar refere-se ao lugar que o saber médico e, conseqüentemente, a medicina social, a psiquiatria e a psicanálise, ocupam na reordenação do espaço habitacional e na definição/prescrição sobre o modo de vida nas cidades industriais capitalistas. Foucault (1986), ao destacar a necessidade de se fazer uma história do espaço que seria ao mesmo tempo uma história do poder, entende que a arquitetura começa a se especializar a partir do final do século XVIII, ao se articular com os problemas da população, da saúde e do urbanismo, quando começam a emergir os problemas relacionados à organização do espaço para alcançar objetivos econômico-políticos. Os médicos, vistos como especialistas do espaço nessa época, formulavam quatro problemas fundamentais: o das *localizações*, ao estudarem a combinação dos determinantes locais e variações

¹⁴ Podemos citar entre os autores brasileiros que desenvolveram trabalhos nessa perspectiva: Milton Santos, Lúcio Kowarick, Pedro Jacobi, José Álvaro Moisés, Francisco de Oliveira, Ermínia Maricato, Raquel Rolnick, Paul Singer.

¹⁵ Entre as pesquisas que têm buscado apreender a questão, tem tido repercussão o *Mapa da Exclusão da Cidade de São Paulo*, coordenado por Aldaíza Sposati, publicado pela EDUC em 1996. Este trabalho incluiu outros tipos de indicadores, que subdivididos em quatro subgrupos busca identificar as condições da vida humana: *Autonomia, Desenvolvimento Humano, Qualidade de Vida e Equidade*.

sazonais que favoreciam um determinado tipo de doença; o das *coexistências*, dos homens entre si (densidade e proximidade), dos homens com as coisas (águas, esgotos, ventilação), dos homens com os animais (estábulo, matadouros) e dos homens com os mortos (cemitérios); o das *moradias*, relacionado à questão do habitat e do urbanismo; e dos *deslocamentos*, como migração e propagação de doenças.

No Brasil, a medicina social nasce juntamente com o fortalecimento do capitalismo, no século XIX. Prevenção e higiene são lemas fundantes de uma nova ordem social, para uma ciência que se propõe a fabricar a saúde em lugar de se dedicar à doença. Saúde que se faz, entre outras ações, pela correção de ‘maus’ hábitos que se proliferam nos vários espaços da cidade: famílias, casas, fábricas¹⁶, escolas, hospitais, cemitérios. Estamos diante de uma ciência que procura incorporar a sociedade como novo objeto e se impor como instância de controle social dos indivíduos e dos grupos populacionais.

¹⁶ Sobre a questão específica que se refere à intervenção nas fábricas, vale a pena destacar que, nos anos vinte, o empresariado nacional busca se colocar como orientador da modernidade. As inovações do processo de produção e da organização do trabalho em prática no Primeiro Mundo combinam-se com a necessidade de expansão da capacidade produtiva. Essa modernização conjugava-se com a urgência de se atualizar os critérios de seleção da força de trabalho. O médico Afrânio Peixoto, 1922, listou um conjunto de problemas e comportamentos associados à degeneração moral que exigiam novas fórmulas de seleção do operariado: morosidade na realização de tarefas produtivas, acidentes de trabalho, conflitos no cotidiano das indústrias. A recomendação para a classe patronal era de adoção de ‘critérios racionais’, pois o ambiente de trabalho era entendido como espaço “em que se viciam todos os meios de vida, facilitam-se todas as ocasiões de agressão e nocividade naturais, aumentadas ainda agora pela rotina, prejuízo e má educação do proletariado, mal alimentado, mal vestido, mal alojado, viciado pelo álcool e pelo fumo” (PEIXOTO apud BERTOLLI FILHO, 1993, p.38).

Ao médico era reclamado o posto de comando das tarefas de avaliação e disciplinarização do operariado, a partir de referências à psicotécnica, como área do saber plenamente qualificada para selecionar os operários, corrigir os faltosos e garantir melhor rendimento do trabalho industrial. A ênfase conferida à análise do comportamento individual e coletivo do operariado incentivou que diferentes pesquisadores convergissem para os aspectos psicológicos dos trabalhadores, resultando que tomassem para si o título de psicólogos, além dos médicos, os pedagogos, cientistas, advogados etc.

Na mesma época, o clínico Raul Rocha, do Departamento de Assistência Médico-Social da Secretaria de Saúde do Rio de Janeiro, pregava que o operário ideal era aquele que tanto nas situações propícias, quanto nas adversas (calor, ruídos excessivos etc.) estava capacitado para atuar satisfatoriamente – bom rendimento e irrestrita obediência – no processo produtivo. O inadaptado era aquele que, por fatores morais, intelectuais ou afetivos pervertia o recinto de labuta, mostrando-se negligente, despreocupado, preguiçoso, insuflador do descontentamento coletivo, causador de acidentes comprometedores do bom funcionamento da fábrica. Como modelo de padrão moderno estabelecia-se aquele que era criador da boa força de trabalho, que acompanhava seus empregados desde os primeiros anos de vida, educando continuamente esses seres. Seria, assim, formada uma força de trabalho disciplinada, orientada vocacionalmente; todos que se mostrassem avessos a esse processo seriam dispensados. Cf. BERTOLLI FILHO, 1993.

A medicina social, desde seus primórdios, está ligada à idéia de que a cidade é causa de doença devido à desordem que a caracteriza e ao projeto de prevenção contra o meio ‘hostil’ à saúde de seus habitantes.

É assim que os médicos formulam uma verdadeira teoria da cidade, desenvolvendo em vários níveis uma reflexão sobre a morbididade urbana e explicitando a exigência de realização de condições de vida ideais que a tornem um poderoso instrumento de normalização da sociedade. Neste sentido, a medicina social é uma medicina essencialmente urbana. Embora seu projeto esteja restrito aos limites da cidade, dentro das fronteiras que ela traça neste primeiro momento, a medicina em tudo intervém, penetrando em todos os recônditos. Nada do que é urbano lhe pode ser estranho, sob pena de sua intervenção se tornar precária ou ineficaz. Todos os componentes urbanos, todos os seus lugares, objetos e elementos devem estar sob controle e sob seu controle. Pretendendo controlar a vida social, estendendo-se pela cidade como um todo com o objetivo de corrigir a desordem que ela acarreta, a intervenção normalizadora da medicina deverá ser tão constante quanto a corrupção do meio ambiente e o perigo que o caracteriza. Somente o olhar conhecedor e autoritário do médico e seus subordinados, percorrendo permanentemente a cidade, poderá detectar os locais de perigo atual ou virtual. Só assim a saúde pública, capital para o bom funcionamento do Estado, estará assegurada. A medicina é portanto fundamento racional de uma boa política de governo, o que significa que o tipo de poder que a caracteriza implica necessariamente uma medicalização da vida social. A prevenção médica é uma garantia da saúde e da segurança públicas (MACHADO, 1978, p. 260-261).

Nesta mesma perspectiva, Baptista (1999, p. 117) afirma:

os grandes urbanistas e arquitetos, no final do século passado, no Rio de Janeiro, foram médicos sanitaristas e psiquiatras. A história da psiquiatria e da psicanálise no Brasil fornece-nos uma estreita

articulação com a vida social das cidades, onde esses saberes são construídos e se fortalecem. As relações entre Estado-Civilização-Capitalismo terão na história do cotidiano das cidades, nas lutas microscópicas do dia-a-dia dos homens comuns e dos intelectuais, uma fonte relevante para analisarmos os efeitos políticos dos saberes gerados para a promoção da ordem e do progresso.

É no seio da medicina social que se constitui a psiquiatria brasileira. “Do processo de medicalização da sociedade, elaborado e desenvolvido pela medicina que explicitamente se denominou política, surge o projeto - característico da psiquiatria - de patologizar o comportamento do louco, só a partir de então considerado anormal e, portanto, medicalizável” (MACHADO, 1978, p. 376).

Com o advento da República, o manicômio constituído no II Império, na cidade do Rio de Janeiro, no ano de 1841, passa a ganhar prestígio. Os loucos, que até então habitavam as ruas e o centro da capital, passam a ser definidos como perigosos, do mesmo modo que as casas populares são associadas a lugar de promiscuidade sexual e moral, de hábitos incivilizados e focos de doença. A higienização ‘necessária’ da cidade inclui a expulsão do louco das ruas e do convívio na cidade.

A cidade, vista pelos olhos da razão, foi invadida pelo medo. De furiosa, anti-social, porém tolerada e visível aos olhos dos passantes das ruas, a loucura foi transformada em traiçoeira, invisível, exceto para o olhar do especialista. (...) Advertindo sobre a periculosidade da doença mental, a razão científica higienizou a cidade, dissipando heterogêneos e múltiplos ruídos. Por meio da história das práticas médicas encontramos não só a exclusão, mas o fomento do medo. O discurso médico interferindo no espaço urbano revela-se triste e melancólico (BAPTISTA, 1999, p.118).

Papel ativo terá a psiquiatria a partir da fundação da Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM) em 1923, pois sai do espaço restrito da loucura para intervir em diferentes espaços institucionais. A psicanálise, por sua vez, passa a ocupar lugar na LBHM e a subsidiar ações que tinham a tutela como meio de evitar o caos na

cidade. A definição de loucura e exclusão do louco que acompanha o processo de higienização do espaço urbano incidirá também sobre o cotidiano burguês e sobre o universo da cidade. Ao mesmo tempo em que a psiquiatria produzia o confinamento de miseráveis no amontoado dos hospícios ela oferecia, para a burguesia, instrumentos de autoconhecimento, apresentava postulados para controle e prevenção de emoções incontroláveis, fomentava a preocupação da busca da identidade brasileira, propunha seus cuidados para o futuro saudável da família burguesa. Produz outra face tão violenta e autoritária quanto à do banimento dos loucos aos manicômios (BAPTISTA,1999).

De um lado o hospício – emblemático do confinamento de espaços excludentes –, de outro a ‘liberdade’, monitorada na cidade pelas prescrições do bem viver nos recintos interiores: dois lados da mesma moeda.

O indivíduo não cessa de passar de um espaço fechado a outro, cada um com suas leis: primeiro a família, depois a escola (‘você não está mais na escola’), depois a caserna (‘você não está mais na escola’), depois a fábrica, de vez em quando o hospital, eventualmente a prisão, que é o meio de confinamento por excelência”(DELEUZE, 1992,219).

Do ponto de vista do poder disciplinar, tal como discutido por Foucault, são os lados da mesma moeda submetidos às técnicas de organização do espaço – distribuição de corpos em espaço individualizado, esquadrinhado, hierarquizado; de controle do tempo – a sujeição do corpo ao tempo; de vigilância – sem limites para alcançar os lugares mais recônditos; de registro contínuo do conhecimento – ao mesmo tempo em que se exerce o poder se produz o saber.

Se as técnicas aplicadas na reordenação da cidade apresentam forma similar para os diversos lugares (família, escola, fábrica, hospital), o conteúdo diferenciado que justifica e sustenta essa aplicação denuncia o forte cunho ideológico e contraditório que não vence a batalha pela homogeneização sobre a diversidade que se objetiva controlar. A separação clara entre espaços, a delimitação entre público e privado, com ênfase neste último, ocorre, no caso de instituições totais como hospício em relação ao espaço urbano, apenas como segregação de

‘indivíduos inconvenientes’ – ‘*sujos e sem escrúpulos*’ como dizia o jornal gaúcho – para um espaço fora do meio urbano no qual são aplicadas técnicas específicas de disciplina.

No entanto, se por um lado, numa instituição como o hospício, as normas psiquiátricas, sanitárias, higienistas representam uma das soluções para o caos na cidade, por outro, os limites entre público e privado são desfeitos, contrariamente aos ideais que passam a reger o espaço urbano e que inspiram a divisão dos diferentes âmbitos. Se a exclusão dos loucos do meio social consolida a separação no meio físico, esta não extirpa os comportamentos e modos de vida condenados pela lógica racionalista que prescreve uma forma de convivência para a sociedade burguesa nos dois âmbitos: no espaço dividido da cidade (entre local de trabalho, moradia, lazer) e no espaço interior dos domicílios, divididos em lugares para comer, para dormir, para intimidade, para receber convidados.

O hospício – ou as instituições totais de modo geral, como descreveu Goffman – reedita a junção dos espaços tão condenados pelas práticas sanitárias, psiquiátricas, de caráter higienistas, e que tantas vezes foram descritas como sendo própria da população rural acusada de violar as leis de higiene:

No mesmo reduto preparam-se os alimentos, guardam-se os resíduos que servem de ração aos animais e os pequenos utensílios agrícolas; em um canto encontra-se a pedra de lavar louça, em outro as carnes salgadas; ali se fermenta o leite e o pão; há animais domésticos, que partilhando esta restrita morada, vêm ter ali suas refeições e satisfazer suas necessidades físicas; é nesta viciosa habitação, onde a chaminé, de boca demasiadamente larga e curta, deixa cair uma coluna de ar glacial repelindo a fumaça, que vivem o agricultor e sua família (BON apud GUERRAND, 1992, p. 352).

Apesar da condenação ao amontoado de pessoas sob um mesmo teto, a sobreposição de funções ou, em outros termos, ao não respeito à vida privada que os domicílios deveriam instalar, a psiquiatria parece repetir no espaço do hospício as normas tão condenadas por ela própria e pela medicina social. O esquadrinhamento, a forma de organização e a definição do espaço de atividades íntimas não seguem a mesma lógica da reordenação da cidade e das casas dos burgueses. Com a

justificativa construída pela psiquiatria de que o hospício é instrumento de cura, a organização do espaço e o lugar que o indivíduo ocupa no seu interior devem estabelecer um modo de vida ordenado e regular. Contudo, as divisões processadas – distribuição dos internos por sexo, por condição social, por tipo de comportamento (tranquilos, agitados, limpos, imundos, etc.) – não elimina o amontoado de pessoas sob o mesmo teto ou até mesmo sobre a mesma cama, não imprime comportamentos prescritos como normais (permanecer vestido, comer e utilizar os espaços para satisfação de necessidades fisiológicas adequadamente) e ‘indispensáveis’ para manutenção da ordem no meio social.

A medicina não conseguiu extirpar os ‘desvios de caráter’ com sua tecnologia do espaço; o máximo que conseguiu com esta tecnologia foi a criação de instrumentos de vigilância e controle e a manutenção dos hospícios como ‘lugar eterno’ – muitos dos que nele entram não saem mais e, quando saem, sempre acabam voltando – como lugar de condenação dos ‘desviantes’, que deve lembrar o lugar de exclusão legitimada para os não seguidores da razão.

Nesse sentido, consideramos o hospício emblemático da relação de violência e discriminação instalada na sociedade industrial, pois essa instituição torna explícita a intolerância nesta sociedade. Mas, por outro lado, ele também denuncia o fracasso perante o ideal de homogeneização de um modelo de vida para toda a sociedade. A grande concentração de pessoas e a sobreposição de funções no mesmo espaço, a perda da privacidade tão condenada na população rural ou nos grandes conjuntos habitacionais e favelas, são reeditadas de forma distorcida pelos próprios propositores da ordem inspirados pela medicina social

Os limites são perdidos dentro do hospício e, apesar da vigilância, da vida administrada e do grande mal causado para aqueles que têm a triste sorte de serem enclausurados, uma espécie de vida oculta vai sendo criada nesse espaço. Se não fosse assim, provavelmente não haveria sobreviventes.

No caminho do hospício para a cidade, essa vida oculta pode representar uma outra modalidade de morar a ser instalada, e que poderá recuperar tantos outros modos de vida – que ainda não foram extirpados mas condenados, oprimidos ou ocultos – se não estiver sob o olhar e a tutela do profissional de saúde, herdeiro da lógica racionalista.

Entre o campo e a cidade, ou emblematicamente entre o hospício e a cidade, pode ser recuperado o sentido da diversidade, da transmissão psíquica transgeracional e transcultural, da transcendência de modos de vida que provavelmente permanecem ocultos pela cidade. Desse modo, a violência que se oficializa na instituição do hospício, lugar de tratamento contra a ‘moral degenerada’, continua presente ora nas ‘entrelinhas’, ora escancaradamente explicitada no espaço múltiplo que se constituiu na cidade, lugar complexo, de experiências humanas e de instabilidades. Tudo o que na cidade vive

mesmo escondendo-se se descobre; tudo o que nela vibra e dela faz parte, mesmo quando recusado pelos olhares dos bem nascidos; tudo o que nela deixa marca: o suor e o trabalho, o desespero e a lágrima, a tragédia e o sangue. Mesmo que ninguém saiba ou queira saber: uma negra velha e um contador de histórias, uma nordestina e uma escritora, em algum lugar se encontram na cidade. Esses encontros e palavras, ignorados por seus protagonistas, reafirmam a força da desordem viva e oculta, que ordem alguma, alheia a ela, pode sufocar. Uma cidade que se pretende definida e disposta segundo as linhas e o compasso da ciência e do poder, revela, na precariedade do cotidiano, a teimosia das existências que a racionalidade capitalista preferiria ignorar ou negar. A tenacidade com que voltam a aparecer desagrada a ordem burguesa que deve manter organizado o espaço público (MELLO, 1999, p. 9).

2.1. O morar: entre o campo e a cidade

A cidade é múltipla e complexa, lugar onde pulsa vida e pesa a morte, espaço de criação e violência, de poder e submissão, de lei e transgressão. Como nos diz Milton Santos (2002), apesar da criação de uma liturgia anticidade e de ela ser tida como lugar miserável, ela é o único lugar em que se pode contemplar o mundo com a esperança de produzir o futuro; nunca houve mistura tão grande de gente como aquela que se dá hoje nas cidades, o que obriga todo o mundo a viver junto e, conseqüentemente, a discutir todos os dias o seu futuro.

É no espaço urbano que hoje habita 75% da população mundial. O aumento populacional nesse espaço foi vertiginoso nas últimas décadas. No Brasil, a população urbana, que era de apenas 30% entre 1930 e 1940, atingiu na atualidade esse mesmo patamar mundial. A cidade e principalmente as grandes cidades continuam sendo ponto final das migrações generalizadas e vivem hoje os efeitos da nova ordem mundial: o déficit de empregos sem perspectivas de ser sanado e a não prioridade das questões de ordem social são alguns dos problemas que trazem como resultado o agravamento da crise urbana. É nesse contexto que, segundo Santos (2002), a metrópole passa a ser atacada como se todas as mazelas da vida social fossem o resultado de sua organização e não da própria estruturação da sociedade.

A cidade, especialmente a cidade grande, é o *locus* de todas essas confrontações por ser também o lugar essencial do afrontamento das forças desencadeadas no processo violento de mudança. Trata-se, agora, de impor uma rearticulação que faça velozmente aflorar a tal decantada nova ordem mundial. No campo, cada vez mais vazio de gente e mais carregado de capital (...) os afrontamentos cedem lugar, em cada região, a formas mais homogêneas de vida e de ocupação da terra. Os conflitos que precedem essa nova homogeneidade são tão ou mais brutais quanto os urbanos, e conduzem mais rapidamente a uma ou outra forma de arranjo, seja ele buscado pelo jogo do mercado, imposto pela força ou intermediado pela administração. As novas formas de produção rural criam, também, uma aceleração da transferência dos conflitos sociais do campo, mormente para as grandes cidades, mas também para as médias e pequenas, desde que o Brasil passou a conhecer a figura do trabalhador temporário no campo, mas vivendo nas cidades. Nas metrópoles, cada vez mais carregadas de gente e cada vez menos capazes de renovar o capital, o conflito é permanente e sem trégua, porque a metrópole pode abrigar, ao mesmo tempo, os mais diversos tipos de classe de capital, desde os muito grandes até os médios os minúsculos, e os mais diversos tipos de trabalho, desde o mais especializado até o mais banal (SANTOS, 2002, p.124-125).

Apesar de o problema se localizar nas cidades, nos diz Santos, é um equívoco tratá-lo como questão urbana, pois a questão é muito mais ampla: é urbana e rural; é local, estadual e federal; é nacional e internacional. Portanto, é possível dizer que estruturalmente a crise é muito mais uma crise *na* cidade do que uma crise *da* cidade.

Dentro dessa crise e dessa diversidade complexa, a cidade também abarca os mais diferentes modos de morar que se instalam em lugares sob céu aberto ou viadutos; no abrigo das casas populares na periferia, das casas coletivas, das instituições asilares, dos apartamentos de classe média nas regiões centrais; ou na ocupação de grandes espaços onde se constroem luxuosas mansões.

Deste ponto de vista, o que é a cidade? Lugar onde se habita? Uma grande casa? E o que é a casa? Indagando os dizeres do arquiteto Alberti (apud CAMARGO, 2000, p.9) “é uma pequena cidade e cada componente dessa casa são muitas pequenas casas”?

Tais indagações nos remetem às maneiras de morar na cidade que vão sendo herdadas e reconstruídas, copiadas, recriadas e criadas, a partir de tantos encontros e significados atribuídos ao lugar.

No campo, o homem teve como cenário e como marco na sua história e no seu modo de vida a natureza, e sua atividade produtiva regulada pelos ritmos da vida. A casa-edificação, lugar de abrigo contra as intempéries, representou um sentido mais local do que espacial; mais um instrumento de trabalho do que um interior.

Desde que a vida privada na cidade foi cercada por paredes e muros, o domínio privado por excelência é a casa, fundamento material da família e pilar da ordem social:

A casa, o domicílio, é a única barreira contra o horror do caos, da noite e da origem obscura; encerra em suas paredes tudo que a humanidade pacientemente recolheu ao longo dos séculos; opõe-se à evasão, à perda, à ausência, pois organiza sua ordem interna, sua civilidade, sua paixão. Sua liberdade desabrocha no estável, no contido, e não no aberto ou no infinito. Estar em casa é reconhecer a lentidão da vida e o prazer da meditação imóvel (...). A

identidade do homem é portanto domiciliar; e eis por que o revolucionário, aquele que não possui eira nem beira, e portanto nem fé nem lei, condensa em si toda a angústia da vagabundagem (...). O homem de lugar nenhum é um criminoso em potencial.” (KANT apud PERROT, 1992, p.308).

Com o racionalismo kantiano, desponta uma cidade fundamentada no domicílio e um homem de identidade domiciliar. Se até o século XVIII, a casa é um espaço indiferenciado – lugar para dormir, comer, receber, trabalhar – a partir do século XIX ela passa a ter um papel diferenciado e funcional. Elemento de fixação, a casa passa a ser uma das estratégias patronais de formação de mão-de-obra estável, das ideologias securitárias ou referentes à família (PERROT, 1992).

A família operária será fixada; será prescrito para ela um tipo de moralidade, através da determinação de seu espaço de vida, com uma peça que serve como cozinha e sala de jantar, o quarto dos pais (que é o lugar da procriação) e o quarto das crianças. Às vezes, nos casos mais favoráveis, há o quarto das meninas e o quarto dos meninos (FOUCAULT, 1986, p. 212).

Nesse contexto, segundo Perrot (1992, p. 308), a residência é moral e política – “nenhum eleitor sem domicílio, nenhum notável sem sua residência na cidade e um castelo na província” – ; é símbolo de disciplinas e reconstruções; é o lugar da existência da família e seu ponto de encontro. Mas a casa é também propriedade, objeto de investimentos e estabelecimento, nos países onde a função do capital imobiliário é considerável. É ainda o

território através do qual os proprietários tentam apropriar a natureza pela exuberância dos jardins e das estufas onde as estações são abolidas, a arte pelo acúmulo das coleções ou pelos concertos privados, o tempo pelas lembranças de família ou de viagens, o espaço pelos livros que descrevem o planeta e pelos magazines ilustrados que os exibem. A leitura, exploração sedentária, é uma maneira de apropriar o universo ao torná-lo

legível e, por meio da foto, visível. A biblioteca abre a casa para o mundo; encerra o mundo dentro de casa (PERROT, 1992, p. 309).

Essa residência, onde se busca a apropriação do mundo, vai progressivamente se associando e se transformando no lugar de uma ‘intimização’ da vida; círculo fechado que se oporia ao espaço público e que asseguraria o cultivo de um ser profundo, da descoberta do eu pela penetração no interior do próprio ser; permitiria a aquisição de uma intimidade ao mesmo tempo individual, privada, sólida, profunda e essencial.

Intimizar a vida quer dizer colocá-la para dentro, destituí-la da história das práticas humanas, esvaziando sua multiplicidade de formas e conexões. A partir daí, público e privado se dicotomizam em antagônicos espaços, reificam-se, e um eficaz aprisionamento efetua-se em lugares universalmente chamados de interiores. Interiores que se expressam em solitários e herméticos inconscientes ou personalidades, tornando a vida privada uma conquista individual à margem da história. Individualizada e prisioneira de essencialismos, ditados por deuses ou estruturas psíquicas afastadas do cotidiano, a privacidade toma a forma de territórios impermeáveis e sedentários, que inviabilizam estratégias de escape ou de fuga de formas sufocantes e fechadas de vida. Fechada, a vida perde movimento, força política, e o capital se multiplica, obscurecendo a visibilidade da produção de modos de vida por banqueiros, artistas, burocratas, psicólogos, etc. Sem movimento, desmaterializa-se, tornando-se dádiva ou estorvo, diluindo do cotidiano a emergência e o espaço da produção – do assujeitamento e da transgressão” (BAPTISTA, 1999, p.34).

Junto ao modelo-de-casa que prevalece como ideal, próprio das intimidades burguesas, convivem outros modos de vida que explicitam clivagens inerentes àquilo que opõe a cidade ao campo e que desfazem o rígido limite estabelecido entre o que deve ser público e o que deve ser privado.

Na história da vida privada, Michele Perrot, ao considerar as transformações ocorridas no século XIX, nos fala sobre essas clivagens. No campo a

intimidade e o segredo não são ignorados, apesar de “o olhar do viajante etnólogo ou do professor urbano” não ver na casa rudimentar e superpovoada “senão promiscuidade animal, sobretudo quando animais e homens dormem sob o mesmo teto”. O exterior da casa “a granja, a sebe, os fossos dos prados silvestres, o tufo de árvores dos campos abertos habitados pelos pastores, as sombreadas margens dos rios – para além de seu encanto comum são lugares propícios aos jogos do amor ou aos cuidados do corpo. Cada um está à vista do outro. A transgressão é difícil e só existe com o consentimento mais ou menos tácito dos demais” (PERROT, 1992, p. 314).

Nas maneiras de morar populares, há também uma cegueira obcecada por parte do patronato industrial e dos médicos propagadores da higiene pública que elaboram políticas de habitação; a partir do ‘desamontoamento’ das residências acreditam poder salvar os operários de doenças ‘morais’ e infecciosas. Apesar da necessidade de uma política adequada de habitação, Perrot (1992, p. 316) chama a atenção sobre essa cegueira das camadas dominantes.

Constrangidas a ‘viverem na rua’, (as classes populares) sabem utilizar as virtualidades dos imóveis coletivos e do bairro, espaço intermediário, zona essencial de ingresso e aculturação. No século XIX as prioridades orçamentárias dos operários dirigem-se não para a moradia, fora de seu alcance, mas para as vestimentas, mais acessíveis, elemento de expansão, que permite justamente participar do espaço público sem envergonhar-se de ter boa aparência. (...) Inicialmente é sobre a cidade que eles investem seu desejo. Desenvolvem uma mobilidade que não é apenas fuga (...), mas também um veículo e um sinal de mobilidade social. (...) Esta cidade, cenário da ascensão ou da degradação, fronteira da boa sorte e da desgraça, os operários a desejam aberta e tratam de usá-la livremente, tal como outrora seus ancestrais camponeses nas comunidades aldeãs. Preferem os espaços vazios aos terrenos apropriados, cujos limites excluem os pobres, aos jardins públicos, primitivamente concebidos como lugares decentes para passeios burgueses; às áreas verdes preconizadas pelos sanitaristas, preferem o ‘cinturão negro’ de Paris, meta de excursões dominicais assim como guarida de marginais e ponto de encontro de vadios.

(...) Outra relação com o espaço, do qual é preciso tirar partido para compensar a mediocridade do habitat; outra relação com o corpo: muitos atos então classificados como íntimos são feitos fora; outra relação com as coisas também: os empregos dos restos, a reciclagem do usado, a troca de presentes e contrapresentes em uma economia do cotidiano que escapa em parte do mercado monetário e onde é fundamental o papel das mulheres, nada encerradas em casa, ao contrário das burguesas. Para as classes pobres, a cidade é como uma floresta onde é preciso caçar a existência. Sob este ângulo, há muitas analogias com práticas rurais, exceto a mobilidade, que é uma diferença considerável.

Embora esta descrição seja contextualizada num tempo e num espaço, podemos apreender dela que os sentidos e significados que vão sendo construídos e atribuídos aos lugares pelos sujeitos são fundamentados numa história e numa cultura anterior e entrelaçados às determinações econômicas, sociais e culturais do momento. A realidade do mundo moderno reproduz-se em diferentes níveis: “no lugar encontramos as mesmas determinações da totalidade sem com isso eliminar-se as particularidades, pois cada sociedade produz seu espaço, determina ritmos de vida, formas de apropriação expressando sua função social, projetos, desejos” (CARLOS, 1994, p. 303).

Mas também na realidade do mundo moderno, na diversidade que muitas vezes representa o caos, muitos daqueles que investiram seu desejo na cidade mergulharam, sem outra opção, no cenário da degradação e na fronteira da desgraça, e ocuparam o espaço das ruas juntamente com o lixo por ela produzido.

Dizem que conhecendo as cidades, mergulhando em seu cotidiano, saberemos do lixo produzido, dos detritos humanos e inumanos que alimentam, adubam e fortalecem seu caráter. Por meio dos detritos descobriremos outras versões da história. Ouvindo seus dejetos, escutaremos projetos de cidades inventadas, projetos fracassados, sociabilidades criadas na resistência em que modos de morar e de sentir não eram construídos no silêncio. (...) As luzes da cidade, em seu brilho noturno, abrigam dezenas de corpos amorfos que cheiram urina, que são de lugar nenhum e que não sabem se

estarão vivos no dia seguinte, mas ofuscam e desabrigam os ruídos, gemidos e gritos saídos dos latões (BAPTISTA, 1999, p. 98).

Não estamos aqui apenas no âmbito da cidade oculta, não reconhecida oficialmente pelas autoridades públicas, mas da cidade que pelos seus pactos coletivos mantém-se e alimenta o desconhecimento: que associa seu lado obscuro a uma ‘marginalidade criminosa’ representada por aqueles que têm as ruas ou os amontoados das favelas como casa; que sustenta e justifica a indústria da violência pela responsabilização daqueles que perderam a possibilidade de entrar no cenário da ascensão e na fronteira da boa sorte – tal como esperado pelos primeiros contingentes de migrantes oriundos do êxodo rural.

Fernandes (2002) também nos fala sobre esse desconhecimento, tendo como imagem a visão panorâmica da agitação imobilizada da cidade quando nos colocamos no seu topo, no alto de seus arranha-céus. A cidade panorama aparece como simulacro teórico que tem como condição de possibilidade o esquecimento e o não conhecimento das práticas. “Quando cessa essa visibilidade totalizante, vivem as pessoas da cidade. São transeuntes, passantes, pedestres, cujos corpos obedecem aos planos e aos declives de um texto urbano que eles escrevem sem poder lê-los” (CERTEAU apud FERNANDES, 2002, p. 6).

Há aqui também um desconhecimento, o desconhecimento da massa ou conhecimento em parte cego como o corpo a corpo amoroso. Os caminhos que respondem a esse entrelaçamento, poesias dentro de cada corpo, são marcados por muitos outros, escapam à leitura. Os feixes de escrituras cruzadas compõem uma história múltipla, sem autor nem espectador. Escapam totalizações imaginárias do olho. Há um caráter estrangeiro, desconhecido, nesse cotidiano que não tem superfície ou onde a superfície é uma borda que se recorta sobre o visível. Esse caráter estranho e desconhecido, parte desse espaço obscuro, exige um outro olhar, menos totalizante e mais perto do viver concreto, prático, cotidiano. Estas práticas reenviam a uma forma específica de operações, a uma outra espacialidade. Uma cidade para além do espaço do território que a delimita, migrante, em trânsito, ou metafórica, que se insinua no texto claro da cidade planificada e legível (FERNANDES, 2002).

No viver dessa cidade em trânsito, em processo contínuo de aceleração e flexibilização, a casa ainda é representada como a barreira contra o horror do caos e da noite? E de que casa é possível falar na cidade fragmentada, dividida em classes antagônicas, que tenta empurrar seus dejetos para o espaço público?

Em sua poética do espaço, Bachelard (2000, p.23) nos fala sobre a casa a partir de uma noção: todo espaço realmente habitado traz a essência dessa noção de casa.

Veremos a imaginação construir ‘paredes’ com sombras palpáveis, reconfortar-se com ilusões de proteção – ou, inversamente, tremer atrás de grossos muros, duvidar das mais sólidas muralhas. Em suma, na mais interminável das dialéticas, o ser abrigado sensibiliza os limites do seu abrigo. Vive a casa em sua realidade e em sua virtualidade, através do pensamento e do sonho.

O maior benefício da casa seria abrigar o devaneio, proteger o sonhador e permitir sonhar em paz. Permitiria a integração, intermediada pelo devaneio, entre pensamentos, lembranças e sonhos do homem:

Ao devaneio pertencem valores que marcam o homem em sua profundidade. O devaneio tem mesmo um privilégio de autovalorização. Ele usufrui diretamente de seu ser. Então, os lugares onde se *viveu o devaneio* reconstituem-se por si mesmos num novo devaneio. É exatamente porque as lembranças das antigas moradas são revividas como devaneios que as moradas do passado são imperecíveis para nós (BACHELARD, 2000, p. 26).

O que sabemos sobre os devaneios, sobre os sonhos dessa sociedade e principalmente daqueles que habitam um lugar que não é a casa de quatro paredes e cercada por muros? O que sabemos sobre aqueles que habitam as ruas, as instituições, os grandes aglomerados, os lugares provisórios, ‘desprovidos’ da intimidade ao gosto da burguesia?

Bachelard procura tratar das impressões de intimidade que tem uma raiz mais humana, mesmo que sejam fugidias ou imaginárias. O canto de uma casa, ou o ângulo de um quarto, ou um espaço reduzido onde é possível se recolher é para a imaginação e para a solidão o germe de uma casa.

O canto é uma negação do Universo. No canto, não falamos a nós mesmos. Se nos lembramos das horas do canto, lembramo-nos de um silêncio, de um silêncio dos pensamentos. Por que então haveríamos de descrever a geometria de tão pobre solidão? (...) Recolher-se ao sem canto é sem dúvida uma expressão pobre. Mas é pobre porque tem muitas imagens, imagens de grande antiguidade, talvez mesmo imagens psicologicamente primitivas. (...) Mas em primeiro lugar o canto é um refúgio que nos assegura um primeiro valor do ser: a imobilidade. O canto é uma espécie de meia-caixa, metade paredes, metade porta. (...) A consciência de estar em paz em seu canto propaga, por assim dizer, uma imobilidade. Imobilidade irradia-se. Um quarto imaginário se constrói ao redor do nosso corpo, que acreditamos estar bem escondido quando nos refugiamos num canto. As sombras logo se tornam paredes, um móvel é uma barreira, uma tapeçaria é um teto (BACHELARD, 2000, p.146).

Nas ruas vemos papelão, carroças, restos retirados dos lixos, dando formato ao abrigo dos sem-teto, que a muitos olhos se apresenta como arremedo de casa. Nas instituições asilares, pequenos espaços são ocupados na tentativa de reconstituir um canto que seja somente de quem o criou. Uma descrição sobre asilos de velhos é exemplar:

É preciso lutar constantemente com eles para impedi-los de formarem atrás do leito, ou em algum ângulo da sala, um depósito de farrapos, velharias, louça quebrada, que não tem outro mérito a seus olhos exceto o de não ser composto pelas vestes e móveis do estabelecimento, de pertencer-lhes, de representar, com sua união, uma espécie de lar' (Verbete "Hospices" apud PERROT, 1992, p. 320).

Uma vez mais indagamos: o que sabemos sobre os cantos e sobre o espaço habitado, para além do discurso burocrático, numa sociedade misturada, rica e miserável, de desemprego crônico, da pobreza orquestrada, das doenças cosmopolitas, dos vícios internacionalizados, do crime banalizado, da segurança institucionalizada?

O desafio a enfrentar na construção dos espaços coletivos e das políticas públicas que sustentam essa construção é o de manter, de um lado a *memória do meio, seja da cidade ou não* e de quem nela *vive/mora* procurando, de outro lado, garantir o contínuo *movimento e transformação* necessários ao desenvolvimento dessa mesma cidade e das necessidades de seus moradores (FERNANDES, 2002, p.4).

Uma tarefa que se coloca é a

recriação da cidadania mediante uma outra globalização, horizontalizada e não verticalizada como a atual, na qual a via não seja tributária do cálculo, mas haja espaço para a emoção – que é o que une os homens. Mas essa união dos homens do mundo inteiro passa pela produção de uma idéia de mundo feita em cada lugar (SANTOS, 2002, p. 142).

2.2. Da assistência e a cidadania: uma questão para a Saúde Mental

Para refletirmos sobre o desafio que se coloca para uma construção de políticas públicas que sustentam e são mantidas pela construção de espaços coletivos, direcionaremos nosso olhar à temática principal de nosso trabalho concernente ao lugar, no espaço urbano, que ocupam 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.

A amplitude da tarefa antimanicomial, a de ‘incluir’ o louco na cidade transcende o âmbito restrito da reforma psiquiátrica. Os problemas que se colocam nesta tarefa nos encaminham a indagar sobre o que se entende por reinserção social em uma cidade que tenta se fechar cada vez mais em espaços homogêneos e excludentes – os condomínios da classe média cada vez mais apartados com sistemas próprios de segurança e de uma lei restrita ao seu espaço privado são exemplares –, e que é regida pela velocidade, pelo triunfo da técnica, pela onipresença da competitividade. “Ser atual ou eficaz, dentro dos parâmetros reinantes, conduz a considerar a velocidade como uma necessidade e a pressa como uma virtude. Quanto aos demais não incluídos, é como se apenas fossem arrastados a participar incompletamente da produção da história” (SANTOS, 2002, p.162).

Essa indagação nos leva a uma aproximação dos problemas a serem enfrentados por estes que retornam à cidade depois de tanto tempo de reclusão, dos problemas que atingem os outros segmentos da população também considerados ‘excluídos’ – apesar da especificidade da violência sofrida pelos ‘ex-pacientes psiquiátricos’ ou, nos termos dos estudiosos da exclusão social, de um outro tipo de desvantagem ou vulnerabilidade. Neste sentido as políticas de saúde mental devem ser analisadas e estar em constante trânsito com as políticas de saúde, habitação, cultura, transporte, educação, previdência; em outros termos, levar adiante o princípio de intersetorialidade como fundamental para a formulação de políticas públicas.

Um dos aspectos relevantes a ser considerado ao pensar em ‘reinserção social’ ou em ‘práticas inclusivas’ de egressos do hospital psiquiátrico, ou de portadores de necessidades especiais, velhos, crianças, é lembrarmos que esses grupos precisam ter um determinado tipo de cuidado devido a características, que podem ser transitórias ou não, que podem impedir em determinados momentos uma autonomia para a sobrevivência ou para o auto-sustento. Sendo assim, caberia ao Estado a obrigação de assistência devida por direito de cidadania bem como pelo comprometimento da sociedade no apoio a tais grupos.

Entramos aqui num âmbito das políticas públicas que frequentemente faz emergir uma indiscriminação entre políticas de assistência e assistencialismo. As Políticas de Assistência são voltadas para o direito à sobrevivência condigna; a Constituição Brasileira de 1988 incorporou, dentre os direitos sociais, o direito à

assistência, englobando seguridade social, saúde, previdência e assistência. Como diz Demo (1994), nos países considerados democráticos não há como se eximir de cuidar de grupos que não podem se sustentar. Portanto, assistência significa direito à sobrevivência e não estratégia válida para enfrentamento das desigualdades. Tomar a pobreza inteira como alvo da assistência é assistencialismo, por banalizar o conceito de pobreza. Em sociedades em que a pobreza é majoritária é impossível atingir a todos sob assistência: isto é mistificação da assistência.

O assistencialismo é o cultivo do problema social sob aparência da ajuda.

Humilha a pessoa que recebe benefícios, em todos os sentidos: porque lhe reserva apenas sobras, esmolas; porque provoca a dependência diante do doador; porque desmobiliza o potencial de cidadania no assistido; porque escamoteia o contexto duro da desigualdade social, inventando a farsa da ajuda; porque vende soluções sob a capa de meras compensações (DEMO, 1994, p.31).

Os desempregados temporariamente também têm o direito a serem assistidos, porém, estabelecer o número de desempregados é um dos problemas gerenciais mais complexos, principalmente considerando o desemprego estrutural no sistema capitalista. Assim, ou a assistência perde seu caráter transformando-se no assistencialismo para tratar a pobreza, ou as formas mais usuais de assistência voltam-se para o atendimento de populações marginalizadas portadoras de características físicas e mentais que não são a da grande maioria.

As políticas de assistência são distintas das políticas que se voltam para o enfrentamento da pobreza material – políticas socioeconômicas – que dizem respeito à relevância do emprego e da renda para se reduzir as desigualdades sociais da população ativa: políticas de emprego (sair da pobreza significaria em parte trabalhar/produzir adequadamente); políticas de apoio à microprodução; políticas de profissionalização da mão-de-obra; políticas de habitação para a população de baixa renda; políticas de saúde, nutrição, saneamento; políticas de previdência; políticas de transporte urbano; políticas de urbanização; políticas de fundos sociais. A lógica seria agir numa das vias emancipatórias como trabalho/produção, para evitar assistir.

A políticas assistenciais, embora distintas, não devem ser definitivas, como via de regra, e sim transitórias, comunicantes com outras vias que possam levar a essa emancipação e ao efetivo exercício da cidadania.

Quando entramos nesse campo das políticas sociais é possível perceber também uma certa indiscriminação entre os diferentes âmbitos, que se reproduzem nos discursos e práticas sociais e institucionais, principalmente aquelas que têm como objetivo a ‘inclusão’ social de grupos específicos. Não basta, por exemplo, no caso da saúde mental, propor, para o processo de reinserção social dos pacientes psiquiátricos, o desenvolvimento de autonomia para ações que podem gerar violência e, conseqüentemente, vontade de ‘voltar para o hospício’. Podemos observar num dos projetos de moradia (serviço residencial terapêutico na denominação do Ministério da Saúde), o empenho dos técnicos em ajudar os novos moradores – pessoas idosas internados há mais de 30 anos – a obterem autonomia para o trabalho de casa. As desavenças entre os moradores nessa divisão de tarefas e o pouco cuidado com a casa revelavam que, se o trabalho é pesado para alguém de mesma idade que viveu fora dos hospícios, será mais ainda para aqueles que têm de re-aprender a cuidar de si próprios. Podemos perguntar nesse caso, o que se entende por autonomia? Até onde vai o dever do Estado com esse grupo de ‘ex-pacientes’ psiquiátricos que também se inclui no grupo de pessoas idosas que não mais tem vinculação com a família e não se auto-sustenta?

Em relação à primeira indagação, no modelo social que tem o mercado como centro, o modelo de autonomia é aquele darwiniano, onde é perseguida a capacidade do singular de participar de forma vitoriosa (autonomia) na batalha da sobrevivência. Ao invés de *autonomia*, deveria estar no centro dessas questões a *participação*, “de modo que o objetivo não seja aquele de fazer com que os fracos deixem de ser fracos para poder estar em jogo com os fortes e, sim, que sejam modificadas as regras do jogo, de maneira que desse participem fortes e fracos, em trocas permanentes de competências e interesses” (SARACENO, 1999, p.113).

Nesse sentido, a reinserção social não se restringe à mudança do hospício para outro tipo de casa geralmente financiada pelos cofres públicos, onde o atual morador deve aprender a se virar sozinho, mesmo que assistido por equipes de saúde. Esta reinserção se inicia a partir de uma iniciativa assistencial, porém, para ‘mudar as regras do jogo’, é preciso ir muito além: na construção de uma política que

não se restrinja a um grupo específico, que não se traduza pela inclusão precária, tal como nos alerta Martins (1997).

Em relação à segunda indagação, necessário se faz ampliar a discussão. Quando ‘direitos sociais’ – e as políticas sociais – entram na pauta de discussão e são entendidos como conquistas a serem estendidas aos diversos segmentos sociais é necessário incluir nessa mesma pauta a definição sobre o papel que o Estado vem ocupando nesse contexto.

Ao considerar o contexto brasileiro, podemos fazer referência à discussão desenvolvida por Chaui (1999), quando apresenta sua interpretação sobre a Reforma de Estado que está em curso em nosso país. O plano e a implantação dessa Reforma visariam, em última instância, a adaptação do Estado brasileiro às exigências impostas pelo capital. Este, hoje, não carece ter o Estado como parceiro econômico e regulador da economia.

Na redefinição e redistribuição das atividades estatais implicadas nessa reforma, vai se constituindo um campo de serviços não exclusivos do Estado que podem ser realizados por instituições não estatais. Saúde, educação, utilidade pública, passam à qualidade de serviços que o Estado apenas provê, sem executar uma política. O pressuposto ideológico que sustentaria essa Reforma de Estado é o de que

todos os problemas e malefícios econômicos, sociais e políticos do país decorrem da presença do Estado não só no Setor de Produção para o Mercado, mas também nos Serviços não Exclusivos, donde se conclui que todas as soluções e todos os benefícios econômicos, sociais e políticos procedem da presença das empresas privados no Setor de Produção e no dos Serviços não Exclusivos. Em outras palavras, o mercado é o portador da racionalidade sociopolítica e agente principal do bem-estar da República (CHAUÍ, 1999, p. 276).

Hoje, o quadro que se apresenta não diz respeito apenas à desregulação econômica, mas também à desregulação da responsabilidade social. É estabelecida uma identificação das “exigências feitas pelo capital ao *seu* Estado e conquistas econômicas, sociais e políticas, vindas de lutas populares no interior da luta de classes” (Chauí, 1999, p. 276).

Essa identificação ou confusão insere a questão dos “direitos sociais” no setor de serviços estatais destinados a se tornarem não estatais. Desse modo, a Reforma

encolhe o espaço público dos direitos e amplia o espaço privado não só ali onde isso seria previsível, nas atividades ligadas à produção econômica –, mas também onde não é admissível – no campo dos direitos sociais conquistados. O Estado se desobriga, portanto, de uma atividade eminentemente política, uma vez que pretende desfazer a articulação democrática entre poder e direito (CHAUI, 1999, p. 276).

Quando Saúde e Educação são inseridas no campo de serviços, deixam de ser consideradas direito dos cidadãos para serem tratadas como qualquer outro serviço público, que pode ser terceirizado ou privatizado. Podemos estar defendendo uma cidadania que é, na verdade, mercadoria. Podemos estar reduzindo o papel do cidadão, transformando-o em consumidor, em usuários de serviços.

Podemos entender que a era da globalização, de políticas neoliberais, vem carregada de uma ‘desresponsabilização’ progressiva do Estado em relação a tomar para si a responsabilidade em priorizar políticas sociais. Nesse contexto, o desenvolvimento de práticas ‘inclusivas’, desvinculadas de instâncias governamentais, vem se institucionalizando e normalizando essa ‘desresponsabilização’ dos níveis estatais.

Se, por um lado, a proliferação de tais práticas e dispositivos preenchem espaços vazios, possibilitando alternativas para a população considerada ‘excluída’, principalmente aquela que está totalmente pauperizada, por outro, elas representariam formas de manutenção do modelo econômico capitalista, por natureza excludente, sustentado num ideário liberal (individualista, normalizador, hegemônico).

Consideramos essa reflexão relevante para analisar os rumos que a implantação dos ‘serviços residenciais terapêuticos’, no âmbito da reforma psiquiátrica, vêm tomando no Brasil. Algumas perguntas podem ser feitas: Que lugar

as instâncias governamentais e não governamentais vêm ocupando? Que instâncias são essas? Reeditam os antigos hospícios com outra roupagem?

Quais princípios têm regido essa implantação? Qual conceituação sobre exclusão/inclusão está embutida nesse processo? Como comparece o principal protagonista nessa proposição, o (ex)morador do hospital psiquiátrico? Se é papel do Estado democrático suprir carências daqueles que não têm condição de se sustentarem, quais as consequências da reforma em curso na vida desses sujeitos?

Apesar de estarmos no campo da saúde mental, que privilegia ou procura não perder de vista o âmbito do sujeito psíquico e social, nem sempre se consegue traduzir nas políticas e práticas as ‘reais’ necessidades daqueles para os quais estas são dirigidas. Os significados e os sentidos embutidos nas políticas e práticas para os sujeitos que deveriam ser beneficiados por elas podem ser semelhantes aos sentidos e significados dos problemas que se quer combater, ou seja, o rearranjo das mesmas práticas noutra roupagem.

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.

Vejamos brevemente o caso dos serviços residenciais terapêuticos, objeto de nosso estudo. A implementação desse projeto passou a ser diretriz do Ministério da Saúde no ano 2000. Conforme publicação da Portaria nº 106 no Diário Oficial da União (14/02/2000), é estabelecida a criação de Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, no âmbito do Sistema Único de Saúde para o atendimento ao portador de transtornos mentais. Esses serviços são entendidos como “morádias ou casas inseridas, preferencialmente na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares, e que viabilizem sua inserção social”. Define-se também que esses serviços “constituem uma modalidade assistencial substitutiva da internação psiquiátrica prolongada, de maneira que, a cada transferência de paciente do Hospital Especializado para o Serviço Residência Terapêutica, deve-se reduzir ou descredenciar do SUS (Sistema Único de Saúde)

igual nº de leitos naquele hospital, realocando o recurso da AIH (Autorização de Internação Hospitalar) correspondente para os tetos orçamentários do estado ou município que se responsabilizará pela assistência ao paciente e pela rede substitutiva de cuidados em saúde mental”.

Em 13 de novembro do mesmo ano, foi publicada a Portaria nº 1.220 que cria nas Tabelas de Serviços e de Classificação de Serviços do SIA/SUS: “Serviço Residencial Terapêutico em Saúde Mental” e “Unidade com serviço próprio destinado a atendimento diário em residência terapêutica a pacientes egressos de hospitais psiquiátricos com a finalidade de reabilitação psicossocial”.

Espera-se que a realocação de recursos possibilite a implantação crescente dessas moradias em diferentes partes do território brasileiro e que esta obedeça rigorosamente às diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde. Diretrizes que muitas vezes não são ajustadas à realidade dos municípios brasileiros.

Além destas questões, outras, de ordem conceitual e de implementação das práticas relacionadas à reinserção social, têm sido alvo de preocupação no âmbito da Reforma Psiquiátrica, conforme pudemos constatar em revisão bibliográfica de revistas especializadas, a partir de 1992.

Um dos aspectos enfatizados em trabalhos publicados que se baseiam também na literatura internacional é a dificuldade em propiciar a desinstitucionalização de pacientes psiquiátricos devido à ineficácia desses programas de reinserção. Entre os problemas encontrados, segundo Bandeira (1994), estaria a dificuldade da população egressa dos hospitais psiquiátricos em se ‘adaptar’ ao nível social, ocupacional, e manter adesão ao tratamento medicamentoso. As consequências dessa reinserção inadequada seriam: condições precárias de moradia, desemprego, itinerância, abuso de álcool e drogas, roubos e agressões que levam a um conflito com consequências para níveis policial que podem terminar no encarceramento ou na reinternação. Esta dificuldade de ‘adaptação’ tem se apresentado como um problema a ser equacionado nas propostas de reinserção social.

Sobre a saída dessa população das unidades de internação psiquiátrica para outras moradias, temos constatado que outros objetivos antecedem ou até substituem o projeto de inserção e convívio social. É necessário criar e manter condições dignas de alojamento e subsistência aos moradores, propiciar a

recuperação de ‘habilidades’ para tarefas da vida diária e social, ou seja, desenvolver um intenso trabalho que alguns autores definem como reabilitação psicossocial – “a máxima recuperação possível da capacidade social e laborativa, através de mecanismos de reaprendizagem e de adaptação do meio” (ANTHONY apud FURTADO; PACHECO, 1998).

A partir de pesquisa bibliográfica e de nossa pesquisa de campo pudemos levantar algumas questões que permeiam a implementação das moradias: quais seriam os melhores critérios para definir quem sai das alas de internação para as moradias? Como definir ‘autonomia’ e ‘estratégias’ necessárias para o morar? Como superar o estresse criado pelo descompasso entre as expectativas das equipes que assistem a essas moradias e as dificuldades encontradas pelas pessoas que estão saindo das unidades de internação?

Além dessas questões, alguns problemas se impõem: a ‘baixa’ inserção social desses novos moradores – estiveram tantos anos excluídos do convívio social, perderam seus vínculos com os familiares e com a comunidade; a manutenção de práticas institucionais – reprodução da relação manicomial, da estrutura asilar, do monitoramento por parte da equipe de saúde que é referência para os moradores e estado de saúde desses usuários – apresentam patologias adquiridas pela idade, etc.

Sobre os aspectos acima relacionados, podemos perceber que há a predominância de problemas e questões naquilo que se refere ao âmbito da assistência, principalmente assistência em saúde, um programa de inserção social transcende os âmbitos assistenciais em saúde. O propósito da inserção social é a construção do direito pleno de cidadania, e para isso é necessário ampliar os horizontes para além da assistência, pois a casa, por exemplo, pode ser significada como mais um dos equipamentos assistenciais e não o local do habitar, o local de onde pode partir do qual se pode construir uma rede social.

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 intersectorialidade, das representações sociais às representações inconscientes, da

intersubjetividade à intrasubjetividade; o trânsito horizontal e vertical entre os âmbitos jurídico-político, sócio-cultural, teórico-conceitual e técnico-assistencial.

A proposta de construção dessa rede social traz consigo alguns riscos: se o centro irradiador é o âmbito da assistência, particularmente o da clínica, corre-se o risco de ser reeditada uma nova forma de medicalização, que podemos nomear como ‘terapeutização da sociedade’: a ênfase recai sobre sujeito-indivíduo. Se a ênfase é dada exclusivamente ao campo social, pode-se correr o risco de perder a singularidade do território, dos pequenos grupos sociais, das famílias e dos sujeitos. Como ir além do princípio liberal de pluralidade, do reconhecimento puro e simples da diferença que supere as diferentes formas de discriminação positiva?

O mundo comum, como afirma Hanna Arendt (apud TELLES, 1997), não é dado pelo consenso, pela opinião comum, mas ao contrário a cifra desse comum são polêmicas e divergências, conflitos e litígios. Assim, esse comum é instável, pois está sempre sujeito a novos questionamentos, ao imponderável da história e à indeterminação política. Esse ‘mundo comum’ ampliado pela presença polêmica de sujeitos falantes talvez seja a chave para compreender o sentido da alteridade política em contraposição ao princípio liberal da pluralidade ou da genérica asserção do reconhecimento da diferença (Telles, 1997).

A alteridade é construída pela mediação das esferas públicas democráticas, nas quais essa palavra que se pronuncia sobre a ordem do mundo se faz audível e reconhecível na cena política. Mas essa palavra não exige apenas o reconhecimento da diferença dos que a pronunciam. Essa palavra significa sobretudo o alargamento do ‘mundo comum’ pelas linhas de horizontes abertas por um leque multifacetado de problemas, dilemas, dramas, histórias e tradições que singularizam formas de existência. E isso significa dizer que na ótica desses ‘sujeitos falantes’, os dilemas atuais se especificam, se singularizam, em torno de feixes diferenciados e heterogêneos de problemas, de questões, de desafios feixes que põem em foco, e sob foco do debate, diferentes modos de descrever o país em sua história e tradições, nas

possibilidades e limites inscritos no presente, mas também nos horizontes alternativos do futuro (TELLES, 1997, p. 7).

Não basta, portanto, na proposta de reinserção social aqui discutida, caminhar apenas no sentido de uma aceitação da diferença. 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 da cidadania.

Casa e morar são idéias que freqüentemente aparecem sobrepostas e confundidas entre si. Nessa discussão merece destaque a diferenciação entre ‘estar’ e ‘habitar’, idéias que expressam significados opostos. O ‘estar’ tem a ver com anomia e anonimato do espaço em relação ao indivíduo que não tem poder decisional, material e simbólico; ‘estar’ tem a ver com a escassa apropriação do espaço por este indivíduo. O ‘habitar’ expressa um grau mais evoluído de propriedade do espaço no qual se vive, não se restringindo, portanto, ao aspecto material. O ‘habitar’ tem a ver com “um grau de contratualidade elevado em relação à organização material e simbólica dos espaços e dos objetos, à sua divisão afetiva com outros” (SARACENO, 1999, p. 114).

Se a casa, por um lado, significa uma boa oportunidade para exercitar o poder e o prazer de habitar, por outro lado, nela também é possível experimentar a perda de poder contratual, material e simbólico, o aprisionamento ou a impossibilidade do habitar.

Do mesmo modo que o manicômio é o lugar por excelência de negação do ‘habitar’ e, conseqüentemente, lugar do ‘estar’, a casa também pode reinstalar essa condição do estar, principalmente naquilo que se refere ao ex-morador do hospital. Saraceno nos lembra que a psiquiatria é caracterizada pela idéia contínua e obsessiva de residência: do manicômio como residência coagida, controlada e expropriada à residência autônoma ou à casa de origem, incluindo um percurso que passa por graus diversos de proteção e residencialidade. A “história da psiquiatria é

uma história de ‘casas’, mais ou menos fechadas, mais ou menos isoladas, mais ou menos vigiadas” (SARACENO, 1999, p. 115).

A partir da literatura internacional sobre o tema residencialidade – que nada tem a ver com a concretude da ‘casa’ ou com a complexidade do morar – poderia ser construída uma classificação das tipologias de casa.

O furor classificatório e programatório com o qual a cada uma dessas tipologias se quer atribuir uma exata função e junto a essa um *standard* de pessoal contratado, tem mais a ver com a necessidade da psiquiatria de formalizar (*post hoc*) a realidade. (...) Alguém poderia querer também formalizar as arquiteturas e os móveis, para assinalar ainda mais a existência de um ‘racional’; o resultado dessa hipertipificação conduziu a uma arquitetura ‘especial’ para psicóticos a serem reabilitados, que não é diferente da arquitetura manicomial. Custa, à psiquiatria, renunciar à idéia de um projeto total e controlado (ontem manicômio, hoje o sistema das infinitas estruturas não residenciais, semi-residenciais, residenciais, etc.); custa, na verdade, pensar que se deve ‘somente’ facilitar a criação de lugares para viver; sem todavia se atribuir a autorização de programar tais lugares; e não custa somente à psiquiatria, mas também a tantas arquiteturas racionalistas, regularmente invalidadas no tempo da vida real dos seus habitantes (SARACENO, 1999, p. 115-116).

Uma proposta de ‘reinserção social’ deve se ocupar das noções de casa e habitar, mantendo, porém, a separação dessas idéias sob o ponto de vista teórico-conceitual e a ligação sob o ponto de vista da prática, pois as funções da ‘reabilitação’ aludem seja a uma conquista concreta, que é a casa, seja à ativação de desejos e habilidades que se relacionam ao morar. A separação teórica dessas noções permite que o trabalho sobre o eixo *hábitat* possa ser assumido como possível e necessário, mesmo na ausência de uma casa, que é uma das formas possíveis de habitar e não exclusiva. Esse afastamento, segundo Saraceno (1999, p. 119), permite formular políticas e programas, tendo como objetivo a transformação do espaço em lugar, da instituição residencial em *hábitat*. “Onde quer que se encontre o paciente,

haverá um trabalho de *habitat* a ser feito junto: tornando habitat uma enfermaria ou um hospital inteiro ou uma casa-alojamento ou um aposento ou enfim a própria casa do paciente”.

A função do *staff* empenhado no alcance desse objetivo, considerando o eixo hábitat, é de intermediação no processo de atos cotidianos, é de operar sobre o plano individual, familiar e social ou, em outros termos, é de operar sobre um percurso que vai da desestruturação em direção à identidade, da expulsão em direção à aceitação, da marginalização rumo à inserção.

Em relação à reconstrução espacial e administrativa dos hospitais psiquiátricos, apesar de numerosas experiências nesse sentido, pouco se sabe sobre elas¹⁷. Para Saraceno seria fundamental para uma teoria e uma práxis da reabilitação que se reconstruísse a história das reconversões prediais e urbanísticas de alguns hospitais psiquiátricos, pois isso permitiria apressar a interação mútua entre intervenções individuais, intervenções espaciais, intervenções arquitetônico-urbanísticas.

Uma arquitetura que conseguisse dar um sentido libertário à loucura, traria, de fato, uma contribuição indispensável aos problemas da cidade, no seu conjunto e, sobretudo, uma garantia às famílias de não serem mais fechadas em seus dramas; a assistência, nesse caso, significaria a ruptura das paredes domésticas: um evento talvez mais rico de hipóteses projetivas do que aquele que representou o gradual fechamento dos manicômios (MICHELLUCCI apud SARACENO, 1999, p. 120).

Devemos dar assistência e colaborar para a constituição de um lugar feito de atitudes, de ações e até de pactos que possam dar vida a um espaço que se modela progressivamente sobre a base da capacidade de superar os problemas a cada vez que estes se apresentam, sempre chamando à causa novos interlocutores. Começa-se a enuclear assim um espaço em condições de ampliar-

¹⁷ Mirian de Carvalho, da UFRJ, vem desenvolvendo estudos em instituições psiquiátricas do Rio de Janeiro, a partir da hipótese de que o espaço construído interfere no comportamento das pessoas que se relacionam com a instituição. Os ambientes construídos funcionariam muitas vezes como regiões limítrofes que não permitem vias de transversalidade: esses lugares, demarcados como recortes espaciais, reproduzem espacialidades funcionais de natureza panóptica, ao contrário dos espaços poéticos (Bachelard) que possibilitam a criação de outros ambientes imaginados e que incentivam vários níveis de contratualidade. Cf. CARVALHO, 2000 e 2001.

se e de enriquecer-se através do número das pessoas que entram em jogo e que participam conscientemente desse itinerário de construção de um espaço vivido. Neste jogo os vencedores são todos, enquanto que nos espaços que já conhecemos são derrotados inconscientes também os vencedores. (MICHELLUCCI apud SARACENO, 1999, p.121).

Queremos enfatizar aqui a contribuição trazida pelo arquiteto Michellucci. Ao propor que se busque o sentido libertário da loucura – romper com a lógica racionalista de herança cartesiana – como contribuição indispensável na resolução dos problemas da cidade, coloca em foco aquilo que deve ser uma das preocupações nas políticas que se dizem ‘inclusivas’: uma transformação de caráter multilateral, em que se mudem os lugares, as posições, as relações institucionalizadas no espaço social; que se quebrem os estereótipos e não apenas se aprenda a conviver com eles.

Algo semelhante ao que acontece em relação aos ‘guetos’, aos ‘subúrbios com problemas’ ou mais genericamente à pobreza pode ser pensado naquilo que se refere ao grupo que representaria a ‘loucura’. Segundo Bourdieu (1997), quando se fala hoje no gueto evocam-se fantasmas, e não ‘realidades’, alimentados por experiências emocionais suscitadas por palavras ou imagens mais ou menos não controladas. Estas palavras e imagens muitas vezes são veiculadas pela imprensa sensacionalista, pela propaganda ou por boatos políticos. Para romper com as idéias recebidas do discurso corriqueiro não basta ‘ir ver’ o que existe: “não se pode romper com as falsas evidências e com os erros inscritos no pensamento substancialista dos *lugares* a não ser com a condição de proceder a uma análise rigorosa das relações entre as estruturas do espaço social e as estruturas do espaço físico” (BOURDIEU, 1997, p. 159).

Como o espaço social encontra-se inscrito ao mesmo tempo nas estruturas espaciais e nas estruturas mentais que são, por um lado, o produto da incorporação dessas estruturas, o espaço é um dos lugares onde o poder se afirma e se exerce, e, sem dúvida, sob a forma mais sutil, a da violência simbólica como violência desapercibida: os espaços arquitetônicos, cujas injunções mudas

dirigem-se diretamente ao corpo, obtendo dele, com a mesma segurança que a etiqueta das sociedades de corte, a reverência, o respeito que nasce do distanciamento ou, melhor, do estar longe, à distância respeitosa, são, sem dúvida, os componentes mais importantes, em razão de sua invisibilidade (...), da simbólica do poder e dos efeitos completamente reais do poder simbólico (BOURDIEU, 1997, p.163).

Vimos que o habitar transcende o espaço da casa e esta, por si só, não é solução exclusiva para a saída e fechamento do hospício. Mas a casa é um direito e é a partir desse direito que políticas geradoras de moradias devem ser estabelecidas. Apesar de ser direito, e sua aquisição fazer parte do processo de formação de cidadania,

poderemos dizer que a necessidade sobre a qual é preciso trabalhar é o de habitar e não aquele de ter uma casa; certamente em muitíssimos casos, a necessidade de habitar se realiza através da casa mas, em muitos outros casos, a ausência de uma casa (ausência súbita ou escolha) não faz cessar a necessidade de um ‘trabalho’ sobre o habitar (SARACENO, 1999, p. 120).

As políticas geradoras de moradias não devem se restringir à construção ou outras formas de adquiri-las, mas implica um trabalho de invenção ou reinvenção do espaço social e, nesse sentido, pensar a inserção dos moradores de hospitais psiquiátricos no convívio social implica criar outros lugares que interagirão com aqueles já existentes. Significa rearranjar a correlação de forças e não arranjar um espaço delimitado para novos lugares novos sujeitos que serão apenas novos beneficiários, (des)qualificados por uma forma de discriminação positiva permanente.

3 – ABORDAGEM METODOLÓGICA

A moradia instalada fora dos muros do hospício foi escolhida para ser investigada neste trabalho, por contemplar nos seus objetivos uma situação explícita de passagem, de trânsito: sair do hospital psiquiátrico para morar numa casa que possibilite a reinserção no convívio social. Os pontos de partida (o hospício) e o de chegada (uma casa que não é hospício) são claros. Mas a transição de um espaço para outro, ao contrário, inclui inúmeras possibilidades que se relacionam intrinsecamente a pelo menos dois fatores: o que se concebe como ‘inclusão’ ou ‘reinserção social’ (relacionada a teorias explicativas da estrutura social) e o tipo de função psíquica que tal situação desencadeia (determinação de fatores psicossociais).

A passagem, o trânsito, pode ser pensada a partir de diferentes recortes epistemológicos. No que se refere à metapsicologia dos grupos, René Kaës tem discutido o conceito de intermediário, procurando dar conta da construção das formações psíquicas que permitiriam as passagens, os elos, seja no nível intrapsíquico/ intersubjetivo, seja no nível trans-subjetivo.

A ‘categoria intermediário’, segundo Kaës (1994), destina-se a pensar a articulação e diz respeito a diferentes disciplinas; atravessa os tempos na filosofia ocidental desde Platão e vai sendo reelaborada no século XIX, no âmbito das disciplinas que se preocupam com uma *transformação temporal* ou com um *vínculo* entre organizações heterogêneas. Esse autor ressalta algumas características gerais associadas a essas formações que teriam função articuladora num campo descontínuo; função no processo de criação ou gênese, liga-se à representação de um processo de transformação ou de passagem; função estruturante, processo de passagem de uma ordem a outra.

Duas distinções devem ser feitas naquilo que se refere aos níveis de intervenção: o intermediário, que opera num campo homogêneo e descontínuo, no interior de uma mesma concatenação, e o intermediário, que articula dois conjuntos heterogêneos, de níveis lógicos diferentes. A articulação psicossocial, segundo Kaës,

diz respeito a esse segundo tipo de intermediário, por se tratar de dois níveis lógicos de análise sobre a realidade: o psicológico e o sociológico. O pensamento paradoxal é, por exemplo, uma forma particular de pensamento intermediário.

En efecto, en una teoría del movimiento, de la filiación y de lo relativo, todo elemento puede ser considerado en su posición o en su función intermediaria respecto de otros elementos. Es por eso que asistimos hoy a una ampliación del área de utilización de esta noción, ya se trate de articular las relaciones entre individuo y medio, de intervenir en situaciones conflictivas, de comprender el pasaje de una estructura a otra o de captar las diferenciaciones internas y las relaciones entre los elementos que constituyen una estructura. En todos esos campos disciplinarios la categoría de lo intermediario está asociada a la génesis y al funcionamiento de las formaciones más complejas, y por tanto más frágiles, como lo habían mostrado Jackson y Janet respecto a las formaciones psíquicas intermediarias. Está ligada al conjunto polimorfo y difícilmente captable de los fenómenos que producen el cambio, las transformaciones y el movimiento (KAËS, 1994, p.132).

As formações intermediárias procuram dar conta, como hipótese teórica, da problemática de como o inconsciente se manifesta na questão das relações entre o sujeito singular e os conjuntos inter e trans-subjetivos, do sujeito singular e seu espaço intrapsíquico e da especificidade da realidade psíquica mobilizada e produzida no grupo.

O conceito de *formação intermediária* descreve principalmente as funções de representação, de delegação e de mediação realizadas seja pelos sujeitos singulares, seja pelas formações psíquicas de que vários sujeitos são os suportes. Inclui *objetos intermediários*, objetos comuns ou partilhados que garantem diversas funções de ligação, de não separação, de transicionalidade ou de simbolização. Admite também *processos intermediários*, efetivamente mobilizados nas representações metafóricas do conjunto e de seus elementos (KAËS, 1997, p. 112, grifos do autor).

A saída do hospício para uma casa (não hospício) significa um momento de ruptura de uma continuidade, de uma ‘adaptação forçada’ durante longos anos de segregação; pode carregar como consequência uma situação de crise e implica construção de formas de elaboração, de ‘des-adaptação’, de ‘re-adaptação’. Em psicanálise, a crise e suas elaborações permanentes constituem aquisições que especificam o modo de existência da psique humana. A história do homem se dá *entre* crises e superações, entre rupturas e suturas. É no espaço do *entre* – “de vivas rupturas e mortais suturas, de fraturas mortificantes e uniões criativas” –, do transicional em que ocorrem as transformações sociais, mentais, psíquicas, que juntas entrelaçam a singularidade do sujeito (Kaës, 1979).

A proposta de residências terapêuticas foi escolhida nesse estudo, também porque representa uma forma de tradução e/ou materialização de princípios presentes no âmbito do movimento antimanicomial e das políticas de desinstitucionalização, constituindo um novo elo nas redes substitutivas de saúde mental. Consideramos que esse programa para pacientes egressos dos hospitais psiquiátricos apresenta-se como um recorte relevante para o estudo da problemática que se refere à noção de exclusão/inclusão social, tal como apresentamos nos capítulos anteriores. Não se trata de dar conta da totalidade complexa do campo social onde se insere tal projeto, aprofundando diferentes âmbitos de análise, mas de, ao considerá-los, dedicarmo-nos a ampliar a discussão de um deles a partir do trânsito com os demais de modo a trazer novas contribuições que possibilitem a ampliação e o enriquecimento da discussão no campo da saúde mental.

Se estamos no campo da Psicologia Social, faz sentido nos determos na reflexão sobre a mútua determinação que se dá entre sujeito e estrutura social, a partir de um olhar cuidadoso sobre o que ocorre nos grupos/instituições que intermediam essa articulação. Neste campo, podemos nos apoiar nos pressupostos teóricos postulados por Pichon-Rivière, considerando que todo e qualquer traço da vida psíquica somente poderá se constituir a partir da experiência, de relações concretas. O sujeito é produzido numa práxis e, sendo assim, o psiquismo não se desenvolve desvinculado de uma relação experiencial e social. “Nele não há nada

que não seja resultante da interação entre indivíduo, grupos e classes” (PICHON-RIVIÈRE, 1986, p. 174).

Pichon-Rivière (1982) propõe o desenvolvimento de três dimensões de investigação e, conseqüentemente, de três tipos de análise: a psicossocial, analisadora da parte do sujeito que se dirige aos diferentes membros que o rodeiam; a sociodinâmica, que analisa o grupo como estrutura; e a institucional, que consiste na investigação dos grandes grupos (sua estrutura, origem, composição, história, economia, política, ideologia, etc.). Tais dimensões de investigação vão se integrando sucessivamente, não havendo uma separação clara entre elas. Apresentam-se como recortes metodológicos em que cada manifestação do indivíduo, grupo, instituição ou comunidade leva consigo elementos das outras dimensões.

Nessa abordagem, o grupo é o lugar privilegiado para investigar esses fenômenos. Local em que as afetividades se expressam e as relações se concretizam, é considerado objeto de estudo para a compreensão do sujeito e da articulação entre suas determinações internas e determinações externas; é unidade de interação e de análise e é ‘lugar transitório’, de mediação, imprescindível para investigar a relação ‘Indivíduo-Sociedade’ (FERNANDES, 1989).

No grupo, unidade interacional, são estabelecidos processos de comunicação, troca de signos, a partir de inclusão e antecipação da resposta do outro na conduta do sujeito. Da inscrição interna em cada um dos sujeitos na situação interacional emerge o jogo de fantasias, expresso no grupo por mecanismos de atribuição e incorporação de papéis. A teoria de grupo em Pichon-Rivière carrega uma concepção de sujeito. O grupo então é cenário imediato da experiência, de determinação recíproca entre sujeitos, de interdependência entre o intrasubjetivo e intersubjetivo. Sua análise nos permite investigar a infra-estrutura inconsciente das ideologias que se põem em jogo e que determinam diferentes montantes de ambigüidade e, assim, o surgimento de confrontos entre subgrupos que se manifestam como contradição.

As ideologias emergentes nos grupos são sistemas de representação, de pensamentos conscientes ou inconscientes com grande carga emocional. Frequentemente se assemelham a crenças religiosas, embora seus portadores considerem seus pensamentos como resultado de um raciocínio lógico. Representam

fator fundamental na organização da vida, podendo ser transmitidas de pais para filhos, de professores para alunos, de técnicos para usuários dos serviços, por processos de identificação, por exemplo. O conteúdo manifesto da ideologia pode ser compreensível ou não. Ao funcionarem de maneira mais ou menos inconsciente, as ideologias constituem-se em barreiras que impedem a manifestação de novas descobertas na convivência grupal. Nesse sentido, faz-se necessário analisar a infraestrutura inconsciente manifestada nos discursos e práticas; portanto, a análise das palavras ou da linguagem, análise semântico-semantística, constitui uma parte fundamental na investigação das ideologias. Fundamental, também, é a análise sistemática da ambigüidade das ideologias presentes no grupo e que se apresentam em forma de contradição. As contradições tendem a levar a tarefa grupal a uma situação dilemática, a qual funciona como defesa diante da situação de mudança (PICHON-RIVIÈRE, 1986).

A investigação sobre as ambigüidades¹⁸, sobre as contradições que se expressam nos confrontos no grupo pode ser enriquecida a partir da contribuição de René Kaës.

A hipótese da constituição do sujeito psíquico como sujeito do grupo traz como consequência uma compreensão de seu duplo status: como indivíduo e como membro de uma cadeia à qual está submetido. O sujeito do grupo ocupa um lugar de formador, integrante e beneficiário dos lugares/papéis produzidos na rede de sentidos da cadeia.

Tal formulação permite colocar em circulação a idéia de formações psíquicas que assegurariam a articulação entre o sujeito singular e o conjunto, ou seja, entre indivíduo e grupo. Deve-se admitir então que, para realizar funções e tarefas específicas, de qualquer natureza, os grupos, organizações e instituições mobilizam formações e processos psíquicos que são produzidos e mantidos pela vida do grupo tendo como objetivo o cumprimento de sua finalidade (Fernandes, 2001, p.2).

¹⁸ Estamos considerando as diferentes acepções que o conceito de ambigüidade carrega, conforme discussão conduzida por Bleger em *Simbiose e ambigüidade*, 1988.

Essas formações e sua qualidade inconsciente se expressam por organizações específicas, chamadas por Kaës de alianças inconscientes.

Entendemos ser a vinculação e a identidade apoiadas sobre um fundo coletivo e garantida pela reciprocidade dos investimentos e pela reciprocidade das representações. O ‘acordo coletivo’ e inconsciente dá garantia ao grupo mas, para tanto, deve manter para fora, no desconhecimento, aquilo que ameaçaria as condições psíquicas e sociais da vinculação, ou seja, do conjunto, mesmo tendo como consequência as perdas e prejuízos inerentes à manutenção do acordo. O acordo coletivo é um pacto e exige, para tanto, que os sujeitos sejam mergulhados nos equívocos do desconhecimento, ou seja, não terem acesso, posto que é inconsciente à totalidade dos conteúdos que estão envolvidos no pacto. Assim ‘cabe’ ao sujeito, em sua inserção e constituição no grupo, manter o acordo. Esta complexa relação é ao mesmo tempo fundadora do sujeito e do grupo: cumpre uma função organizadora, no que se refere à tentativa de levar adiante sua tarefa, porém carrega em contrapartida um conjunto de renúncias e sacrifícios. (...) A problemática inerente à articulação indivíduo-sociedade é aquela dos laços sustentados por pactos e acordos inconscientes que, em certos momentos da vida se mantêm mudos restando, no entanto, ativos. São eles que fixam a identidade transcendental do sujeito humano. Eles dão facilmente lugar à instauração de acordos repetitivos históricos e a pactos corrompidos que se expressam pelas várias formas da violência: das discriminações, contra a pessoa, no trabalho, no trânsito, na escola, nos esportes. Praticamente todas as áreas da vida das pessoas, seja com o mundo das coisas ou dos objetos, seja das pessoas entre si e consigo mesmas são invadidas (FERNANDES, 2001, p. 2).

As instituições, de modo geral, se sustentam pelas múltiplas possibilidades de pactos e acordos instalados nos grupos que as constituem. Os acordos repetitivos, os pactos corrompidos predominam nas instituições totais que são emblemáticas da violência que a realidade social nos impõe, da inserção social

imposta, que “inclui o indivíduo numa história que o precede e que o seguirá, tem uma qualidade inconsciente e transforma o sujeito em transmissor e ator de uma organização social na qual ele é sujeito ativo e objeto passivo” (PUJET apud FERNANDES, 2001, p. 1).

O hospício, modelo de instituição total, atualiza episódios de violência que já foram muitas vezes registrados pela história no âmbito do Estado. Episódios que mostram que

qualquer que seja a teoria, no nível descritivo, a violência social é assimilada a uma manifestação descontínua, que tende a estabelecer ou a reforçar uma ligação entre um protetor e um ser sem defesa, anulando ou talvez aniquilando o mais fraco ou o mais enfraquecido. Produz-se por consequência uma redução do espaço de ligação e de socialização até sua mínima expressão; alguma coisa que é estrangeira ou estranha se impõe ao Eu, o sujeito desejante é anulado, ignorado e o laço se transforma em uma relação senhor-escravo. (...) Nestes momentos históricos, os eixos de pertencimento social se desarticulam. Não há mais dilema nem questionamento porque o que está em perigo é a própria vida. A capacidade de pensar se restringe a zonas que confirmam a existência. O terrorismo de Estado e as formas de violência cotidiana na forma que assumem as práticas discriminatórias resultam na morte e alienação (PUJET apud FERNANDES, 2001, p.5).

Programas de reinserção social oriundos de políticas públicas, tais como as residências terapêuticas no âmbito das políticas de saúde, ao serem implantados instalam supostamente uma nova ordem e assumem, progressivamente, o status de instituição nas diferentes acepções do termo: como conjunto de normas, regras e atividades agrupadas em torno de valores e funções sociais; como definição de organização, disposição hierárquica de funções que se efetuam numa área delimitada; como função psíquica.

3.1. A pesquisa de campo

Na primeira versão de nosso projeto, propusemos fazer o estudo de caso de três tipos de residência terapêutica. Tínhamos conhecimento, naquele momento, da existência dessas casas em cinco municípios do estado de São Paulo, incluindo a capital; Rio de Janeiro, Viamão, no Rio Grande do Sul e alguns municípios do Nordeste. Sabíamos que a forma de gestão e a proposta de funcionamento eram específicas de cada município. Havia casos em que os próprios pacientes compraram suas casas com pensões que receberam do Estado, outros em que as residências eram alugadas e assistidas por hospitais filantrópicos ou públicos, ou ainda casas montadas dentro dos muros do hospital psiquiátrico. Foi considerando essa diversidade, que propúnhamos selecionar nossa amostra de modo a contemplar três tipos de residências, situadas em municípios diversos. Partimos da hipótese de que apesar de haver consonância nos objetivos e dispositivos propostos para implantação desse programa, os pressupostos e efeitos das práticas e discursos são extremamente variados. Acreditávamos que isto nos possibilitaria comparar as formas de adjetivar os termos exclusão e inclusão social, bem como os critérios que definem a reinserção de pacientes psiquiátricos no convívio social e, desse modo, a obtenção dos efeitos esperados nessa prática.

A partir da publicação da Portaria nº 106 no Diário Oficial da União, em 14/2/2000 – criação de Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, no âmbito do Sistema Único de Saúde para o atendimento ao portador de transtornos mentais, e da Portaria nº 1.220, que cria as Tabelas de Serviços e de Classificação de Serviços do SIA/SUS: “Serviço Residencial Terapêutico em Saúde Mental” – começamos a ter informações sobre novos projetos que estavam em processo de implantação. Num primeiro momento acreditamos que o desencadeamento desse processo vinha se dando como consequência das Portarias e, assim, propusemo-nos a obter outros tipos de informação para definirmos nossa amostra. Desencadeamos um trabalho de caracterização dos serviços sobre os quais já tínhamos alguma informação e solicitamos dados ao Ministério de Saúde e à Secretária do Estado de Saúde de São Paulo para conferirmos se nossa hipótese se sustentava.¹⁹

¹⁹ Segundo informações do Ministério de Saúde, fornecidas no fim do ano de 2001 pelo Assessor de Saúde Mental, Pedro Gabriel Godinho, não havia ainda consequências significativas – ampliação de programas de residências terapêuticas – relacionadas a tais publicações.

Seguindo nosso propósito, visitamos, no segundo semestre de 2000, três municípios do Estado de São Paulo com projetos já implementados. Realizamos entrevistas, usando gravador, com coordenadores do projeto, observação do espaço, visitas às moradias com membros das equipes de referência e com moradores e consulta a documentos produzidos.

Na primeira cidade visitada, foi possível entrevistar a coordenadora do núcleo de moradia protegida, iniciado em 1997 com a inauguração de duas casas, que nos forneceu o histórico e os principais problemas, avanços e questionamentos que envolvem esse tipo de trabalho. Foi possível visitar todo o espaço do complexo hospitalar hoje chamado Centro de Atenção Integral à Saúde (CAIS), onde, além das residências terapêuticas (núcleo de moradias protegidas), estão incluídos diferentes tipos de serviço: Unidades de Internação, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleo de Oficinas Terapêuticas (NOT) e Museu de Psiquiatria, que funciona nas Unidades de Internação desativadas do hospital e que havia sido inaugurado naquela semana.

A partir dessa visita, pudemos constatar a existência de três tipos de residência: casas habitadas por no máximo cinco pessoas que apresentam maior grau de autonomia. Nestas, os moradores cuidam da casa, cozinham, monitoram sua própria medicação e são assessorados por equipes de referência que fazem visitas diárias. Outra modalidade é a de apartamentos habitados por seis pessoas que não apresentam tanta autonomia quanto as do primeiro caso; há uma assistência maior por parte da equipe técnica e é caracterizada como moradias semi-assistida. Além destas, há casas habitadas por até 12 pessoas que são totalmente assistidas por equipes que estão presentes 24 horas; são consideradas de transição, ou seja, a primeira experiência que os moradores do hospital têm ao sair das enfermarias.

A visita foi assessorada por uma assistente social, que ocupara o lugar de coordenadora substituta por alguns meses, e uma parte foi acompanhada por uma auxiliar de enfermagem durante a visita diária que faz às casas com maior autonomia. Não foi possível ter acesso a nenhum documento que fizesse referência ao projeto de saúde mental naquela cidade.

Parte significativa dos moradores das residências, bem como os que continuam internados, têm mais de 30 anos de internação (alguns mais de 50). Muitos deles não possuíam documentos e não tinham conhecimento sobre sua

origem. A prioridade, naquele momento, voltava-se para um trabalho de desvendar a história de vida desses moradores, sua origem, com objetivo de poderem ter uma certidão, um documento que possibilitasse a inclusão nos benefícios oferecidos pela Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS)²⁰.

Durante nossa estada na cidade, tivemos oportunidade de estar em contato com três jovens que conversavam sobre o ‘manicômio’ numa lanchonete. A conversa deles, semelhante à fala de alguns funcionários do hospital, era de certa satisfação pela oportunidade desses ‘coitados’ que moram no hospital poderem ser mais bem tratados. Eles falaram sobre o terror que é um hospital psiquiátrico, lamentavam a sorte das pessoas que enlouquecem e se mostravam aliviados por não sofrerem desse ‘mal’. Elogiaram as mudanças do sistema do hospital psiquiátrico, pois agora os pacientes podem ir à cidade para tomar sorvete, comer salgadinho, fazer compras e utilizar seus ‘benefícios’ (da LOAS).

Na segunda cidade que visitamos, a primeira entrevista foi feita em grupo, no núcleo de convivência, sugestão da enfermeira responsável. Estavam presentes, além da enfermeira, duas auxiliares (de terapia ocupacional e de serviço social que ocupavam anteriormente a função de atendente de enfermagem), uma auxiliar de limpeza, dois moradores (uma senhora de 96 anos e um novo morador de 33 anos). Na reunião, que foi gravada com autorização do grupo, forneceram dados sobre a história e funcionamento, do projeto que envolve quatro modalidades de moradias: Núcleo de Convivência, uma casa assistida 24 horas, com cerca de 16 moradores; Vila Terapêutica composta por cinco casas de no máximo quatro moradores, e que são semi-assistidas (essas duas modalidades se encontram dentro do complexo hospitalar e se encaixariam numa modalidade daquilo que nomeiam como Lar Abrigado). Outra modalidade é a chamada Pensão Protegida: cinco casas alugadas na cidade que têm um ‘cuidador’ como referência, preferencialmente não ligado à área da saúde. Nessas casas moram, em média, quatro pessoas que tiveram alta hospitalar e utilizam os serviços de saúde da rede ambulatorial. Finalmente, a

²⁰ A Lei Orgânica da Assistência Social regulamenta os artigos 203 e 204 da Constituição de 1988 e foi sancionada pelo Presidente da República em 7 de dezembro de 1993. Dentre os objetivos da assistência social – entendida como política de seguridade social não contributiva de dever do Estado e de direito do cidadão – estão colocados: “habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária”; “garantia de 1 (um) salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família”.

quarta modalidade refere-se a casas de COHAB adquiridas pelos ex-moradores do hospital, que já têm praticamente total autonomia, a partir de um trabalho conjunto feito pela equipe do Hospital e a Prefeitura.

Nesse encontro foi possível visitar todas as casas da Vila Terapêutica com a enfermeira do Núcleo de Convivência, a gerente de Projeto de Reinserção Social e três auxiliares que desempenham a função de referência nessas casas. As visitas e a entrevista com essa equipe, realizada em uma das casas com a presença de alguns moradores, foram gravadas por sugestão da gerente. Visitamos também a primeira Pensão Protegida instalada na cidade, onde pudemos conversar com três das quatro moradoras da casa. Pudemos fazer também uma breve entrevista com o diretor do complexo hospitalar intermediada, pela gerente e pela enfermeira do Núcleo de Convivência.

O trabalho realizado pelas auxiliares, enfermeira e assistente social – com objetivo de recuperar a história, a origem, o percurso de muitos dos pacientes internados que perderam o vínculo com familiares, amigos, com a sociedade – deve ser destacado na experiência dessa cidade. Quando foi estabelecida a possibilidade desses pacientes serem beneficiados pela LOAS, houve mobilização e grande empenho por parte desses trabalhadores em reconstituir a história daqueles pacientes que não possuíam qualquer tipo de documentação, alguns nem ao menos seu nome sabiam. O investimento da equipe nessa tarefa vinha apresentando resultados surpreendentes e incrementou a instalação de novas residências.

Na terceira cidade, entrevistamos o coordenador de um Centro de Atenção Psicossocial. Este Centro é referência para seis moradias extra-hospitalares (dessa forma nomeada pela equipe por não considerá-las como lares abrigados e por se localizarem no espaço fora do hospital). Através da entrevista tivemos dados sobre a história e aspectos importantes relacionados à implantação dessas ‘casas’. Não foi possível visitar nenhuma delas, mas houve disposição do coordenador em agendar uma visita com esse objetivo específico num outro momento. Há na cidade 22 moradias extra-hospitalares, sendo que parte dessas está sob coordenação do Centro de Atenção Psicossocial, situado no espaço externo do hospital, e outra parte sob coordenação do Hospital-Dia e do Núcleo Clínico do Complexo Hospitalar. Tivemos acesso a documentos do Projeto e a uma fita de vídeo, que nos foi doada, gravada durante o desmonte da primeira ala de internação.

O projeto de moradias da primeira cidade conta com profissionais comprometidos com essa proposta e que, embora considerem os avanços em seu desenvolvimento, problematizam os limites com os quais se deparam. Esses profissionais têm sistematicamente uma assessoria de profissionais que trabalham com o projeto na terceira cidade. Apresentam alguma semelhança no discurso, embora o projeto tenha sido implantado, até aquele momento, apenas dentro dos muros do complexo hospitalar.

O projeto da segunda cidade pareceu ser um pouco mais avançado, sob o ponto de vista de direitos de cidadania. A partir de certa intuição e sensibilidade diante dos pacientes internados, a equipe, formada principalmente por trabalhadores sem formação universitária, trilhou um caminho que se aproxima mais da ‘reinserção’ esperada. Por privilegiar a prática, não há teorização sobre a experiência, não há documentos produzidos, não há trabalhos publicados. A enfermeira do Núcleo de Convivência é a principal porta-voz do projeto e tem sido convidada com frequência para dar palestras sobre a experiência, juntamente com ex-moradores. Um deles é representante de usuários na Comissão Estadual de Reforma em Saúde Mental.

A equipe do terceiro projeto mencionado tem uma produção teórica sobre residências terapêuticas, ainda não consolidada. Há uma grande preocupação no sentido dessa produção e também na proposição de projetos de formação de trabalhadores inseridos no Programa.

Após essa primeira aproximação do campo, pudemos rever tanto nossa proposta inicial de estudar três tipos de residências terapêuticas quanto o propósito de fazer um levantamento dos projetos em implantação, principalmente no Estado de São Paulo. Terminada essa primeira etapa de pesquisa, pudemos ter acesso a um conjunto significativo de informações e, assim, o propósito de comparar diferentes tipos de projetos não se mostrou como um aspecto tão relevante para alcançar nossos objetivos. Para que estes fossem cumpridos, seria suficiente estudar um deles, contextualizado no âmbito das diretrizes políticas estadual e federal. Um critério relevante para essa escolha seria o de residências instaladas fora dos muros do hospital psiquiátrico. No entanto, o fato de um dos projetos ter sido constituído sem uma equipe específica de saúde mental, e o outro, além de priorizar a constituição dessa equipe, demonstrar uma preocupação com rigor teórico/conceitual

e técnico/assistencial, mobilizou-nos a estudar dois desses projetos. Assim, escolhemos dois hospitais que chamaremos de Paraíso e Casa Rosa, das segunda e terceira cidades respectivamente, locais onde surgiram as residências extra-hospitalares, que apresentam os projetos com mais tempo de existência e onde tivemos maior facilidade de acesso e contato com os profissionais e moradores. O primeiro desenvolve seu trabalho fundamentado na prática e experiência acumuladas; o segundo privilegia também o aspecto teórico.

Definidos os critérios, nosso ponto de partida para dar início à segunda etapa no primeiro hospital foi o Núcleo de Convivência e, no segundo, foi o Centro de Atenção Psicossocial. Entramos novamente em contato com as duas instituições que coordenam os Programas, enviamos nosso Projeto de Pesquisa e a proposta do Consentimento Informado à Comissão de Ética de uma delas e, assim, iniciamos a segunda etapa de nossa pesquisa de campo no mês de julho de 2001.

Na retomada de contato com essas duas instituições recuperamos o objetivo de nossa pesquisa, porém a forma de proceder nesse processo de investigação seguiria as possibilidades indicadas pelos sujeitos/protagonistas envolvidos nessas experiências²¹. Não tivemos um roteiro pré-definido, com número de pessoas a serem entrevistadas, ou roteiro de como observar, quais lugares observar. O objetivo do projeto e o contrato (no sentido atribuído por Bleger), que se estabelecia a cada situação, nos orientava a seguir os caminhos que se apresentavam diante do novo, do inusitado, presentes na descoberta de novas facetas da realidade que envolve a relação entre pesquisado(re)s. Pesquisador e pesquisado “falam e escutam, invertem posturas e situações, passam a compor (juntos) um mesmo trabalho” (MELLO, 1988, p.21).

De acordo com Bourdieu (1997, p. 694), consideramos, no entanto, que embora

a relação de pesquisa se distinga da maioria das trocas de existência comum, ela continua, apesar de tudo, uma *relação social* que exerce efeitos (variáveis segundo os diferentes parâmetros que a podem afetar) sobre os resultados obtidos. Sem dúvida a interrogação científica exclui, por definição, a intenção de exercer qualquer forma de violência simbólica capaz de afetar as respostas;

²¹ O cronograma das visitas realizadas está anexo no final deste trabalho.

acontece, entretanto, que nesses assuntos não se pode confiar somente na boa vontade, porque todo tipo de distorções estão inscritas na própria estrutura da relação de pesquisa. Estas distorções devem ser reconhecidas e dominadas; e isso na própria realização de uma prática que pode ser refletida e metódica, sem ser a aplicação de um método ou a colocação em prática de uma reflexão teórica.

Tendo tais questões consideradas, a forma de prosseguirmos nossa pesquisa de campo apóia-se na teoria que se sustenta na hipótese de sujeito psíquico como sujeito de grupo, sujeitos porta-vozes que explicitam novas situações, situações emergentes reveladoras de pactos e de funções psíquicas que os sustentam. Para termos pistas, para podermos formular hipóteses acerca daquilo que se processa no sujeito e nos rearranjos dos grupos se faz necessário nos deixarmos penetrar pelos diferentes trajetos que incidem nesse percurso. Pode haver atalhos, longos trajetos, pequenas ou grandes paradas. E assim nos deixamos levar, sem perder de vista nosso objetivo.

Ao conduzirmos o processo de investigação, nos deixamos também ser conduzidos pelos envolvidos no processo em questão. O ‘deixar levar’ significa aceitar as sugestões sobre quem visitar e quem entrevistar, aceitar os diferentes convites, que podem nos dar pistas na captura de significados e de aspectos reveladores da realidade que se quer conhecer. Esse ‘deixar levar’ foi precedido daquele momento da primeira etapa, em que uma vinculação se fez possível. “A proximidade social e a familiaridade asseguram efetivamente duas das condições principais de uma comunicação ‘não violenta’” (BOURDIEU, 1997, p. 697).

Lançamos mão, nesse processo, de diferentes instrumentos (observação, pesquisa a documentos, entrevistas individuais ou grupais, com ou sem gravador, que mais se aproximavam de uma conversa do que de um ‘interrogatório’, registro de imagens, visitas) de acordo com o que emergia na situação. Por exemplo, ao chegar no Hospital Paraíso, onde já havia sido feita uma visita há seis meses, houve o convite para participar de uma assembléia de moradores da Vila Terapêutica. Ao final da reunião solicitaram que fosse explicado o objetivo da pesquisa e como poderiam ajudar. Esclarecidos tais objetivos, os moradores da vila

se propuseram a mostrar suas casas e a dar entrevistas. Estas foram realizadas de acordo com a disponibilidade desses moradores. Duas senhoras moradoras de uma casa fizeram questão de ser as primeiras. Uma delas foi anfitriã, enquanto a outra ficou ainda no local onde foi realizada a assembléia. Mostrou a casa, convidou a pesquisadora a se sentar na sala e passou a falar como era a vida quando estava internada nos pavilhões do hospital. Em seguida chega sua colega de casa. Ofereceram café, água, frutas. Dispuseram-se a falar com o gravador ligado, mostraram roupas, objetos, contaram histórias.

Se, durante a estada numa casa, ou numa visita chegasse o morador de outra casa ou um profissional que também se dispusessem a falar, a mostrar sua casa ou trabalho, aceitávamos o convite. Em outros momentos, percebendo uma disponibilidade ou uma abertura de alguns moradores em nos receber, demonstrávamos nossa disponibilidade de ouvir, ver, conversar sobre o que víamos.

O conceito de ‘emergente’ sustenta nosso trabalho de pesquisa e de formulação de hipóteses a respeito das situações observadas. Como já apontamos, os processos intersubjetivos não podem se dar sem a análise do mundo interno e, do mesmo modo, essa dimensão intra-sujeito ser compreendida se isolada do contexto vincular. Duas dimensões de fenômenos estão presentes nesses processos: o observável (explícito) e o das fantasias inconscientes (implícito). Segundo Pichon-Rivière (1986), todo processo implícito manifesta-se, dentro do campo de observação, pelo surgimento de uma *qualidade nova* nesse campo, a qual será denominada *emergente*. O *emergente* destaca-se como conceito por representar a articulação possível entre os âmbitos da intra e intersubjetividade. Ao conceito de emergente relaciona-se diretamente aquele que pode ser considerado um dos pilares da teoria pichoniana: *o conceito de porta-voz*.

Porta-voz de um grupo é o membro que em um momento denuncia o acontecer grupal, as fantasias que o movem, as ansiedades e necessidades da totalidade do grupo. Mas o porta-voz não fala só por si, mas por todos; nele se conjugam o que chamamos verticalidade e horizontalidade grupal, entendendo-se por verticalidade aquilo que se refere à história pessoal do sujeito, e por horizontalidade o processo atual que acontece no aqui e agora,

na totalidade dos membros (...) Esse encaixe permite a emergência do material que deve ser interpretado. A interpretação utilizará esses dois elementos; o vertical e o horizontal (PICHON-RIVIÈRE, 1986, p.129).

O sujeito *porta-voz* expressa um conflito vivido como seu mas, por sua vez, denuncia o conflito da situação interativa e da relação com a tarefa. Ele é “veículo de uma qualidade emergente que afeta toda a estrutura grupal e que, como sinal, nos remete às relações infra-estruturais, implícitas, nas quais estão comprometidos todos os integrantes do grupo” (PICHON-RIVIÈRE, 1986, p.165).

O emergente representa uma nova situação grupal, sendo o ‘porta-voz’ o ‘explicitador’ das fantasias inconscientes do grupo. As contradições e ideologias presentes no grupo, o jogo de papéis, o rompimento da comunicação, a estereotipia no processo de aprendizagem, bem como os momentos de superação dos processos paralisantes podem ser detectados a partir de novas qualidades reveladas pelas situações *emergentes*. O emergente condensa vários dos indicadores do funcionamento psíquico e grupal; permite levantar hipóteses acerca dos processos inconscientes, das fantasias grupais.

Podemos, com base nesses referentes, pensar o processo de construção das instituições. A instituição compreendida como “uma problemática inter-grupal, portanto, passível de ser investigada a partir do plano grupal, seja no nível prático, seja no nível teórico-metodológico” (FERNANDES, 1989, p. 25).

Formulações teóricas de autores como Bleger, Enriquez e Kaës colocam em evidência a instituição como função psíquica, como “ordem própria da realidade psíquica mobilizada pelo fato institucional: mobilizada, trabalhada ou paralisada, e deve-se dizer também, apoiada na instituição” (KAËS, 1991, p. xvi).

Segundo Bleger (1988, p. 313), as instituições são parte da personalidade do indivíduo. “E, como tal, tem tamanha importância que a identidade é sempre - total ou parcialmente - grupal ou institucional, isto é: pelo menos uma parte da identidade é sempre configurada pela pertinência a um grupo, uma instituição, uma ideologia, um partido, etc.”.

No seu entender, a instituição é comparável ao enquadramento da situação analítica, ou seja, o próprio enquadramento pode ser considerado uma

instituição. Este se define por um conjunto de constantes (não-processo), dentro do qual se desenvolvem os fenômenos, os comportamentos da relação terapêutica (o processo que é analisável, interpretável). O “enquadramento é ‘mudo’, mas nem por isso inexistente, formando o não-ego do paciente, à base do qual configura-se o ego. Este não-ego é o mundo fantasma do paciente, que se deposita justamente no enquadramento e representa uma meta-conduta” (BLEGER, 1988, p. 325). A parte indiferenciada não resolvida de vínculos simbióticos primitivos é depositada no enquadramento. Do mesmo modo, as instituições e as organizações são consideradas depositárias dessa parte psicótica. Nesse sentido, a dissolução ou tentativa de mudança dessas instâncias pode produzir diretamente uma desagregação da personalidade, já que a organização e o grupo são considerados sustento da personalidade de seus membros.

Para Bleger (1991, p. 51), o “ser humano antes de ser uma pessoa é sempre um grupo, não no sentido de pertencer a um grupo, mas no sentido de que a sua personalidade é um grupo”. E o grupo é uma instituição complexa, um conjunto de instituições, que tem, ao mesmo tempo, uma tendência a se estabelecer como uma organização com regras fixas. Além de ser um conjunto de pessoas que entram em relação entre si é, fundamentalmente, uma sociabilidade estabelecida sobre um fundo de indiferenciação.

Desse modo, no grupo há um tipo de relação que, paradoxalmente, é uma não-relação. Essa não-relação (sociabilidade sincrética), clivada da relação (sociabilidade por interação) e da parte organizada da personalidade (ego), fica depositada na estrutura institucional. A necessidade de manter clivados esses dois níveis de sociabilidade, sincrética e por interação, pode explicar uma tendência à burocracia e à resistência à mudança nos grupos e organizações. Burocracia entendida quando os meios se transformam em fins e quando se deixa de lado o fato de se ter recorrido a determinados meios para atingir os fins perseguidos.

Na segunda e última etapa de nossa pesquisa de campo, estivemos durante 15 dias na cidade em que se encontra o Hospital Paraíso, deixando-nos guiar pelos chamados/emergentes dos sujeitos/protagonistas que tinham algum tipo de vinculação com o projeto de residências terapêuticas. Pudemos estar junto com os

moradores e profissionais do núcleo de convivência e da vila terapêutica, fazer visitas a moradores e ‘orientadores’ de pensões protegidas, visitar bairros e casas de COHAB, acompanhando alguns de seus moradores ao supermercado e ao banco no centro da cidade, à venda no próprio bairro, na caminhada que vai do trabalho à casa. Pudemos estar presentes no processo de organização e de finalização de uma festa de aniversário de um dos moradores que ocorreu na Vila Terapêutica. Visitamos serviços de saúde, além do Hospital, como Ambulatório de Saúde Mental e Núcleo de Atenção Psicossocial. As entrevistas gravadas puderam ser ouvidas pelos moradores. As imagens registradas por fotografias foram enviadas a eles, bem como a fita gravada ou a transcrição da entrevista, de acordo com o pedido dos interessados. Comprometemo-nos a retornar à cidade ao término da pesquisa e da análise do campo.

Na cidade onde se encontra o Hospital Casa Rosa fomos convidados, inicialmente, a participar de um curso interdisciplinar para a implantação e acompanhamento de serviços residenciais terapêuticos. Nesse curso tivemos informações relevantes acerca da história de implantação do projeto na cidade e sobre novas residências em implantação; pudemos conhecer profissionais de saúde com diferente formação envolvidos na instalação de novas moradias. Estabelecemos contato e entrevistamos um dos responsáveis pela implantação de duas novas moradias. Estivemos na casa uma semana antes de sua inauguração durante a montagem. Estivemos nas alas de internação do Hospital e pudemos conhecer e conversar com alguns dos futuros moradores. Pudemos visitar todas as casas que estão sob coordenação do Centro de Atenção Psicossocial e freqüentar mais sistematicamente uma delas, junto com os seus moradores, fazendo entrevistas individuais e em grupo, acompanhando alguns deles numa caminhada pelo bairro, na ida à igreja.

4 – DOIS PROJETOS DE ‘REINSERÇÃO SOCIAL’ EM DISCUSSÃO

Nosso objetivo neste capítulo é apresentar informações coletadas a partir de nossa pesquisa de campo e as hipóteses dela decorrentes sobre a construção do projeto que busca criar condições de saída aos moradores do hospital psiquiátrico para casas que se localizam em diferentes bairros e alguns conjuntos habitacionais populares dos municípios em que estivemos. Organizamos nossas informações com base, principalmente, nos relatos e nas idéias de parte das equipes e de ex-moradores de dois hospitais que se dispuseram a nos receber.

Como mencionamos no capítulo anterior, nosso objetivo é antes formular questões de modo a poder ir além da especificidade de cada instituição e jamais comparar projetos, princípios ou práticas. Não se trata, portanto, de avaliação de resultados mais ou menos atingidos por um e outro projeto, mas o que nessas experiências possibilita a construção/problematização das questões que se abrem e que permitem um novo acesso ao conhecimento. Nossa opção quanto ao método nos permitiu formas diferenciadas de aproximação ao objeto de conhecimento, pois deixamo-nos guiar pelo emergente de cada situação: entrevistamos e tivemos contato com um número maior de pessoas (moradores e trabalhadores em saúde mental) em uma das cidades; na outra, o contato foi possível em alguns momentos pontuais e esse se deu, principalmente, com membros da equipe técnica, de equipamentos intra e extra-hospitalares; as visitas também ocorreram de forma diferenciada, embora tenhamos feito em média dez visitas a cada cidade; numa delas tivemos encontros diários durante duas semanas; no outro município estes encontros foram intercalados, numa periodicidade variável.

Nosso relato partirá de um pequeno histórico do hospital, local onde os projetos foram originados, para seguir os percursos trilhados na construção particular de cada um deles, na formulação de suas justificativas e na proposição de dispositivos.

4.1. ENTRE O ASSISTIR E O MORAR: PARADOXOS DE UMA EXPERIÊNCIA

O Hospital que denominamos Casa Rosa foi fundado na segunda década do século XX. Nasceu como entidade filantrópica de caráter privado e destinado à população de baixa renda diagnosticada como portadora de distúrbios mentais. No início da década de 90, devido à grave crise financeira desencadeada nos anos precedentes, esse hospital passa por transformações significativas na sua organização e na forma de financiamento. Firma contrato de co-gestão com a prefeitura municipal, que financia, desde então, suas ações juntamente com as verbas provenientes do Sistema Único de Saúde. Desse modo, esse hospital passa a ter um caráter público e a fazer parte da rede municipal de saúde. Ao ser incluído nesta, é iniciada a implementação de um novo projeto de atenção em saúde mental cujo, objetivo volta-se para a ressocialização e a desospitalização dos pacientes crônicos, para internação nos casos de crises agudas e implantação de hospital-dia e oficinas de trabalho.

Aí nasce a Casa Rosa, instituição já compromissada com a superação do manicômio, com a promoção de alternativas de saúde mental. Era administração petista na época e nós já atravessamos três ou quatro administrações. O que se trata de um recorde no Brasil, porque as coisas mudam muito. (...) Foi caminhando e a gente conquistou a legitimidade, a gente conseguiu pela qualidade de trabalho frente às populações. É o que segura a onda a respeito das mudanças que têm aí. E é uma gestão colegiada, é uma gestão democratizada que você não tem departamentos de Psicologia, Enfermagem.... Tem uma equipe com um gerente que faz parte do colegiado que gera discussão.(...) Não conheço nada tão interdisciplinar como a Casa Rosa. Outra coisa interessante que a gente não tem é essa coisa de consulta, departamento de enfermagem, departamento (...). Isso não é multidisciplinar... Naturalmente a gente não é irresponsável. Ninguém que não seja médico vai fazer coisas que são deles ... tem coisas que são nucleares da profissão, não é o caso de todo o mundo atender, claro. Mas isto está no campo (...) tem um campo na saúde mental que é muito maior que o núcleo, sobretudo na reabilitação

psicossocial. Qual profissional teve na graduação noções de como ajudar as pessoas a morarem novamente? (...) Talvez por isso a gente se organize em torno do trabalho e não dos papéis. (...) Avançamos. Uma instituição que vem com regime democrático, colegiado inter e transdisciplinar (...) Vem desse instrumental democratizante, da saúde pública mesmo junto com a questão da reforma psiquiátrica, reabilitação psicossocial, psiquiatria democrática. (...) Essas coisas se juntaram e está dando certo.

Álvaro – gerente de unidade extra-hospitalar

O trabalho pela superação do manicômio refere-se, principalmente, à construção de alternativas em saúde mental, entre elas, criar condições para a desospitalização. O envolvimento de trabalhadores na modalidade de equipes de saúde mental apresenta-se como aspecto fundamental:

É uma instituição com pessoas altamente envolvidas com o projeto, pela própria causa. Elas se sentem autoras e autores do projeto. Isso cria um clima institucional favorável. Há ousadia: não é qualquer um que encara ter um paciente fora do hospital legalmente esperado, (...) tem riscos pessoais, psicológicos. É complicado.

Álvaro – gerente

De um lado, ousadia e criatividade que se expressam na transgressão da lei para a instalação de casas fora do hospital – já que a estrutura burocrática não previa possibilidade de financiamento para esse tipo de projeto – e de outro, as possíveis rupturas do instituído nas práticas, são aspectos a serem destacados naquilo que se refere às equipes de trabalho:

As moradias não eram financiadas por nada, então a gente pegava as AIHs²² que financiam o hospital, pegava o dinheiro e fazia casas. Isso era ... transparente. Todo mundo sabia que a gente fazia isso e a responsabilidade está muito clara. A rigor os pacientes

²² Autorização de Internação Hospitalar: verba repassada pelo governo federal referente a cada leito hospitalar ocupado por paciente internado.

ficaram anos internados legalmente. Essa ousadia, a gente até foi criticado por ela, mas concretamente as pessoas estavam fora da casa, fora do hospital e a gente com uma responsabilidade total por elas, porque elas estavam legalmente internadas, portanto éramos responsáveis, porém a 15 quilômetros do hospital. E a crítica vinha do movimento antimanicomial inclusive. De todos os lados vinha chumbo. O chumbo perto dos aplausos, dos reconhecimentos. Só no ano passado foi regulamentado pela Portaria que cria os serviços residenciais terapêuticos. Eles tiveram que nomear assim, porque (por ser um projeto dentro do setor saúde) tinha que ter o nome de terapêutico. Eu participei do grupo que fez a regulamentação para São Paulo da Portaria. (...) Foi bom a gente ter ousado, porque mostrou concretamente que é viável, que as pessoas podiam morar.

Álvaro – gerente

O morar pode ser entendido sob diferentes prismas. Do ponto de vista dos ‘pacientes’, estes podem morar tanto dentro quanto fora hospital, portanto, uma questão central pode ser retomada como indagação: o que se entende por morar?

Do ponto de vista dos trabalhadores, uma problemática é evidenciada se entendermos que o hospital é, também, local de sua morada. A reestruturação ocorrida no Hospital Casa Rosa a partir de convênio com a prefeitura municipal representa um momento de ruptura com a história anterior; pudemos perceber nos relatos que a sua história sempre é contada a partir desse momento.

Esse hospital está organizado em quatro unidades: Hospital-Dia, Unidade de Internação de adultos (unidade de agudos com 50 leitos com média de internação de 30 dias), Núcleo de Oficinas de Trabalho e a Unidade de Reabilitação dos moradores (unidade de crônicos), local onde se inicia a implantação do projeto de moradias. No início da década de 90, havia cerca de 140 pessoas internadas nessa unidade de crônicos; atualmente há cerca de 70. Nesse período foram instaladas 22 moradias: a primeira casa instalada foi chamada de Lar Abrigado, a segunda de Pensão Protegida, porém todas são nomeadas hoje como moradias extra-hospitalares.

É moradia, não é lar, e é extra-hospitalar para dizer que elas se configuram como moradia por estar fora. Então, moradia extra-hospitalar se refere às casas ou às moradias.

Álvaro – gerente

Mais uma vez emerge a questão que circunda a orientação do projeto relacionada ao que se entende por morar e o que pode ser configurado como moradia. O hospício é entendido, segundo relatos, como local de controle, sem complexidade e onde a administração se dá pela eliminação do que surge como problema:

Na casa você vai ter complexidades e terá de lidar com elas.

(...)

O hospício é (...) um espaço que não tem problemas. Se tem problemas você tira, se o doente dá problema você tira. Então você não tem nenhum problema, a não ser de consciência e ética se houver.

(...)

Eu lembro que quando eu comecei a gerenciar a unidade de moradores tinha duas moradias e todo mundo nas alas. Mas as alas já eram abertas e mistas, depois a gente foi criando mais casas, cada vez a gente se sentia mais responsável por um universo de cumplicidade muito grande, porque as pessoas estavam mais dispostas ao prazer, à alegria e aos perigos. Diferente do hospício que não faz parte nem o prazer e nem o perigo. Então, no hospital se pode controlar se a pessoa come a dieta, se come o açúcar ou não. Num hospital mais aberto, numa moradia esse controle você parte para o convencimento, para a educação e não para o controle. A mudança de hábito é muito difícil.

Álvaro – gerente

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 poderão 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 atividade principal nas instituições totais, como afirma Goffman (1999), é a vigilância e a garantia de que as indicações sejam cumpridas. A divisão entre supervisores e controlados, entre superiores e inferiores, entre fortes e fracos, entre corretos e culpados; a relação permeada por estereótipos limitados e hostis que cada grupo tem em relação ao outro; as restrições na transmissão de informações; todas são características à quais, de certo modo, todos se habituam. A saída da pessoa internada do espaço hospitalar implica a saída dos trabalhadores desse mesmo espaço, significa a possibilidade de morte da equipe.

A gente começou a fechar alas (da unidade de internação) porque dava para ir para moradias. A gente fechava só que tinha uma questão: ninguém, nenhuma instituição trabalha para seu fim, então assim, começar a fazer moradia é começar a iniciar o fim daquela equipe. Claro que seria ingênuo de nossa parte não zelar pelo próprio emprego, não achar que as pessoas não percebem a diferença: ‘eu não faço programa de reabilitação psicossocial se for igual a ficar desempregado’. Isso na fase inicial; a despeito disso a gente foi crescendo. Teve um momento que teve um insight no grupo, a gente dizia assim, porque a gente não monta um CAPS (centro de atenção psicossocial)? De tal forma que nós também saímos de dentro do hospital institucional, fomos para comunidade, esse CAPS dá suporte para as moradias e abre vaga para a comunidade. É interessante que isso não foi uma coisa que a gente pensou depois, é um projeto claramente estabelecido na instituição por essa equipe e que nós estamos sentados hoje concretamente. (...) Eu te falei tudo isso porque acho que talvez seja algo que possa aparecer em outras experiências: a fantasia de abrir moradias e fechar hospícios seja igual à morte da própria equipe.

Álvaro – gerente

Das quatro alas de internação existentes, duas foram fechadas. Além das 22 casas, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Centro de Convivência foram instalados. O CAPS, que abriu para o sistema de saúde 90 novas vagas, ficou responsável pelo acompanhamento de 19 casas até então implantadas. Como a

equipe do CAPS ficou responsável por um conjunto grande de responsabilidades – gerenciar a equipe de trabalhadores, pessoas a serem atendidas que chegavam aos serviços, todas as moradias e ainda as duas alas remanescentes na unidade de internação – e, como parte destas moradias se localizava próxima ao Hospital, houve uma redistribuição no acompanhamento das casas entre Hospital-Dia e CAPS. A partir das alas remanescentes foram implantadas, recentemente, duas novas moradias que são orientadas pelos profissionais das unidades de internação.

O que está acontecendo de interessante hoje é que as unidades já perceberam que todas elas têm que montar moradias. A unidade de internação também está montando moradia para paciente que é da internação, entendeu? A idéia de transferir para as moradias as unidades de moradores, a própria unidade de internação já está montando a moradia e vai prestar assistência pra eles.

Cláudio – gerente de unidade intra-hospitalar

O processo de desospitalização/desinstitucionalização inclui, portanto, internos e trabalhadores do hospital. A construção de outra moradia que não seja o hospício se faz necessária para ambos. O centro de atenção psicossocial constitui-se inicialmente como nova morada de parte dos profissionais e, talvez, como exemplo viável para construção de outras formas de atenção.

4.1.1. A experiência das moradias extra-hospitalares

A gente percebeu que o grande sucesso das moradias é o fato de elas serem compostas por um grupo que se escolheu e não grupos constituídos segundo critérios de autonomia, critérios disso, daquilo, etc. Eles se escolhem ainda que sejam discrepantes do ponto de vista dos critérios que a gente cria. Elas são de mais sucessos do ponto de vista da convivência da própria evolução das pessoas....

(...)

Outra coisa que não impede as pessoas de irem para moradia é o fato de ter família localizada. Isso não é impeditivo porque no início a gente tinha essa coisa se tem família não vai. Pode ter família, mas

não tem vínculo que suporta o paciente. As relações melhoram geralmente. Os familiares vão fazer churrasco lá, o pessoal recebe.

Álvaro - gerente

Nota-se que – embora não houvesse critérios formais como, por exemplo, diagnóstico psiquiátrico ou perda de contato do paciente com a família – a desativação de leitos foi se dando inicialmente a partir dos internos que apresentavam certa autonomia para fazer escolhas e que pudessem se ‘adaptar’ à nova situação de convivência.

Os pacientes que estão na Ala-I (da Casa Rosa) já não são tão autônomos quanto aqueles que eram (autônomos) há dois anos atrás. Porque os mais autônomos já foram para as moradias.

Cláudio – gerente

Há um grau de tolerância zero em relação à violência nas moradias. Há um grau de tolerância mínima em relação ao uso de drogas e álcool. Mas tem alguns critérios que realmente excluem as pessoas de morar. As regras básicas da convivência eram abrangidas. No resto as coisas são passáveis.

Álvaro – gerente

Com a continuidade da desativação de leitos e alas de internação, outras alternativas são buscadas:

Com o processo de formação do CAPS (...) a idéia inicial era que todo o mundo ia pra moradia. Vamos acabar com a Casa Rosa logo e vai todo mundo para moradia. Na época a gente percebeu que não era bem assim, que tinha uma população que não iria nunca para moradia. Que é essa população que ficava aqui no núcleo clínico. Por quê? Porque eles são idosos, a média de idade é 65 anos. Tem gente aqui de 90 e tanto anos, de 80 e pouco, com comprometimentos clínicos importantes ou com algum comprometimento psiquiátrico também bastante limitante. Isso impedia que essas pessoas fossem morar nas casas, nessas que

existem até agora. Aí a gente montou essa equipe. A equipe do CAPS saiu e a gente montou essa nova equipe que continuava no núcleo clínico para dar uma atenção especializada para essa população. O objetivo maior dessa equipe era melhorar a qualidade de vida dessas pessoas que morreriam aqui dentro. Então a gente tinha projeto de reforma, tem até uma planta feita que é reforma do espaço aqui, compra de sofá, compra de quadro. Enfim, era trabalhar com ambientação e humanização da assistência pra melhorar a qualidade de vida dessas pessoas. Aí a gente teve que assumir essa unidade, essa equipe e acabou ampliando. De um ano para cá, mais ou menos, a gente começou a pensar também que não tem porque essas pessoas fiquem aqui também. Não é que eles não tenham o perfil para ir para moradia.(...) A gente percebeu que não é o paciente que tem que ter o perfil para moradia, mas a moradia que tem que ter o perfil para acolher aquele tipo de paciente.

Então a gente começou a pensar num projeto que dê a possibilidade também de saída do hospital dessa população mais dependente, que a gente chamou de moradia de alta complexidade. E aí é que entra esse projeto. Para quem é essa moradia de alta complexidade? Para pacientes bastante dependentes, idosos, com comportamento psiquiátrico limitante ou outra coisa assim, mas que dependa de assistência 24 horas. Então, qual a diferença dessas residências para estas que nós estamos montando hoje. A nossa moradia vai ter assistência 24 horas de auxiliar de enfermagem, são dois por período, vai ter retaguarda clínica, vai ter alguns instrumentos clínicos que a gente não tem nas outras casas, como: balão de oxigênio, aparelhos mais específicos para clínica que a gente vai ter que ter lá. A tendência das pessoas é de falar ‘Ah, vocês vão criar uma mini-clínica na casa’. Não é mini-clínica, nós vamos estar seguindo hoje a tendência da saúde de uma maneira geral. As secretarias de saúde estão preconizando isso: que é o atendimento das pessoas idosas em casa. Porque o custo de uma pessoa dessa no hospital é muito grande e nem sempre tem uma terapêutica de sucesso. Às vezes é processo mesmo de envelhecimento que está acontecendo e o que é que as pessoas têm que ter em casa. A gente está apostando nisso, na qualidade da melhora de vida dessas

peessoas, mas na moradia. A gente vai ter assistência 24 horas de enfermagem, assistência da equipe mesmo 24 horas, com rodízio através de celular, adaptação no piso, de corrimão, de banheiro. É como se fosse uma casa onde mora um idoso e nessa casa vão morar 8 idosos. (...) Vai ser uma casa normal, só que ela vai ser mais assistida. Mesmo que a gente criasse uma mini-clínica fora daqui, já seria melhor. É melhor uma mini-clínica do que uma clínica com 40 pessoas. Quanto mais individualizado o espaço, melhor.

Esse é um projeto que vai ter uma visibilidade grande. A gente vai estar sendo olhado por todo o mundo. A gente está se propondo a tirar do hospital pessoas que estão 40, 50, sei lá quantos anos. Pessoas de 79, 80, 85 anos. A gente está se propondo a tirar essa população que a instituição inteira um dia disse que ela nunca sairia. E a gente está falando que dá para ela sair.

Cláudio - gerente

A suposição de que algumas pessoas que estão nessa unidade, em que a média de internação é de 40 anos, nunca sairiam da condição de internadas era reforçada pelo tipo de comprometimento, muitas vezes, de natureza orgânica. O início do processo de desospitalização requer um trabalho de preparação de pessoas internadas e, também, dos profissionais.

A gente está fazendo essa discussão com os auxiliares e trabalhando com os pacientes que vão para casa. Essa coisa de compra. Dá para ir comprar junto, vai. Se não dá, não vai. E também de ir falando para eles que eles vão morar numa outra casa e vai ser melhor. Uns falam, outros não. Uns gostam. Eu vou mostrar para você um paciente aí fora que está aqui há muito tempo. Ele anda de cadeira de rodas. Ele é um paciente que era alcoolista, teve uma degeneração dos nervos, parou de andar e está aqui. Mentalmente ele é muito preservado e ele tinha a idéia de que não ia sair mesmo daqui, porque a cadeira dele ainda tem que ser adaptada, ela parece uma cama. Uma cadeira longa porque ele não dobra o joelho. Tinha uma coisa da auto-imagem dele de se sentir envergonhado porque todo o mundo olha e não queria sair daqui. Foi feito um trabalho

com ele e ele agora está doido para sair. Quando falaram que ele ia sair, ele chorou. Agora ele não vê a hora de ir embora

Cláudio - gerente.

Ao se vislumbrar, nesse processo de ruptura, uma nova morada também para os trabalhadores, parece tornar-se possível a tomada de decisão que gera outras iniciativas, de novas ousadias, como a mencionada acima, ou seja, promover um processo de desospitalização para os ‘pacientes crônicos’ mais ‘comprometidos’, do ponto de vista de autonomia e aprendizado das condições fundamentais para o retorno à vida em comunidade.

Além desse aspecto, dois outros marcadamente diversos merecem nossa atenção no relato dessa experiência. De um lado, um assunto que abordaremos posteriormente e que se apresenta, muitas vezes, como o principal determinante na definição de políticas e projetos sociais: custos, recursos e formas de financiamento.

De outro lado, estamos diante de um projeto que se propõe a transcender o âmbito do setor saúde. No entanto, ao nascer vinculado à saúde, traz marcas nessa trajetória de implantação. O projeto de moradias que se inicia a partir do Hospital Casa Rosa foi elaborado por profissionais da saúde que propunham a vinculação dessa proposta à área de assistência social da Secretaria de Promoção Social. Apesar de ser concebido a partir dessa perspectiva intersetorial, sua implementação, do ponto de vista burocrático e administrativo, se restringiu ao âmbito da saúde.

Os serviços de saúde são tradicionalmente responsáveis por práticas assistenciais. No entanto, a instalação de casas extra-hospitalares e a preocupação com ‘o morar’ inspirados na quebra da lógica manicomial representam não apenas a morte da instituição hospitalar – fim da morada dos internos e trabalhadores – mas exige a reformulação de uma prática para além da mudança de paradigma: a casa como moradia, conjuga ordens diversas, transcende o âmbito de serviços. Como nos diz Bachelard (2000, p.24 –36, passim), “a casa é o nosso canto no mundo. Ela é, como se diz amiúde, o nosso universo. É um verdadeiro cosmos. Um cosmos em toda acepção do termo. (...) A casa abriga o devaneio, a casa protege o sonhador, a casa permite sonhar em paz. A casa é um corpo de imagens que dão ao homem razões ou ilusões de estabilidade”.

O morar antecede a assistência, antecede os serviços de saúde:

O que a gente aprendeu com o tempo é que as pessoas não precisam ser treinadas para ir para moradias. Morar não é uma coisa tão complicada porque a gente mora desde que foi expulso do paraíso. A gente teve que se abrigar da chuva, do frio. (...) A gente fez um curso sobre moradia e aí o arquiteto que veio falar com a gente trouxe um desenho (o homem sendo expulso do paraíso)... O Adão, ele se cobre quando começou a chover, primeira casa do homem para se abrigar. A gente mora desde que é humanidade. Então, esses processos que, muitas vezes, são utilizados de treinar (para morar), a gente vê que não é o caso. As pessoas vão para lá e a partir dali treinam, uns são mais tristes, outros mais experientes

Álvaro – gerente

A idéia de que o morar antecede as práticas de assistência é evidente nessa fala: a expulsão de Adão e Eva traz, metaforicamente, a marca fundante de uma humanidade que buscará recuperar, de algum modo, a proteção que era própria do paraíso. A busca de abrigo, representado principalmente pela idéia de morar, não deixa de ser a tentativa de reconstrução do paraíso. A casa pode ser apenas uma simples proteção contra a chuva; o morar se apresenta naturalizado, pois é ‘natural’ que o homem busque abrigo, que busque o retorno à situação anterior à expulsão.

A idéia de ‘paraíso’ chama nossa atenção quando colocamos o hospital como ponto de partida para nossa discussão, pois circulou em vários momentos e com sentidos diversos durante nossa pesquisa: como alusão ao morar, como nome de unidades de internação, no poema de paciente internado que nomeia o que coloca o hospital como um pequeno paraíso. A instituição total aparece nessa circunstância como provedora. Não há separação entre as diferentes esferas da vida (trabalho, lazer, moradia), pois tudo está confinado num mesmo espaço. Não é preciso decidir ou buscar lugares e horários para comer, dormir, trabalhar ou realizar atividades voltadas para cuidados pessoais. Há uma equipe dirigente que tudo decide, que tudo provê, mas que faz lembrar constantemente, a partir de punições que simulam uma forma de expulsão do paraíso, que a proteção está por um fio. O

hospício, nesse sentido, representa o paraíso e o mundo de desproteção, o céu e o inferno.

A idéia de paraíso nos remete ao lugar de delícias, ao lugar de prazer. Contudo, se lembrarmos que a palavra é originada de *paridaeza* – do velho persa – que significa recinto circular, podemos associar também o paraíso a um lugar onde tudo se repete e a tudo se acostuma, onde tudo está provido; se não há falta, não há angústia e, portanto, não há criação (DEJOURS, 1986). Nesse sentido, delícia e prazer associam-se à morte; nela não há mais sofrimento; do ponto de vista psíquico não há mais conflito e nem contradição.

Características de vida e morte são inerentes às instituições e se apresentam em constante relação de oposição. Uma organização viva é aquela que não sucumbe à desorganização e que pode “enfrentar os desafios internos e externos, acolher o sentido que circula nela e dar sentido ao que ela faz” (ENRIQUEZ, 1991, 72). A mortífera é aquela que torna os comportamentos não hierarquizáveis, totalmente conflituais mas não tratáveis, ou que os transforma em a-conflituais e não significativos. Estas características instauram, nas organizações, um processo de destruição, fruto do silêncio do desejo e do ódio de qualquer desejo.

Uma instituição de tratamento apresenta uma vulnerabilidade particular a esse processo, pois não pode subtrair-se à questão da vida e da morte psíquica ou física dos seus pacientes. Assim sendo, para ela é mais fácil sucumbir aos atrativos mortíferos que a constituem do que lutar contra a fascinação do nada (ENRIQUEZ, 1991, 72).

Ao nos depararmos, em vários momentos de nossa pesquisa, com a palavra ‘paraíso’ associada ao hospício, colocamos em questão os tipos de mecanismos de sobrevivência que estariam sendo desenvolvidos pelo grupo de pessoas que praticamente viveram toda sua vida dentro dessa estrutura. De acordo com Enriquez (1991), as instituições produzem elementos característicos de sistemas fechados, os quais se expressam pela repetição de comportamentos; aumento da burocracia pela multiplicação de normas, procedimentos, convenções, que trazem como consequência ausência de iniciativa, necessidade de segurança, fuga de

responsabilidades e também a habilidade para contornar regras para preservação do funcionamento institucional.

Tais indagações sobre o modo de sobrevivência nessas instituições se intensificam principalmente na busca pela compreensão, os momentos de uma possível ruptura, que no nosso caso, se apresenta diante do fechamento de unidades de internação hospitalar.

4.1.2. Resistências na saída do ‘paraíso’

Os pacientes via de regra têm resistência para ir para as moradias. Depois que saem, via de regra, não querem voltar nem para visitar o hospital. (...) Nós antimanicomiais achamos que as pessoas estão lá doidas para sair. Não. Não sei se isso se aplica a outros hospitais, mas ao Hospital Casa Rosa com certeza (...) Também tem uma área verde muito bonita e ela é agradável. As pessoas têm muita resistência.

Álvaro – gerente

Certamente não são apenas os internos da Casa Rosa que apresentam resistências, que se expressam principalmente pelo medo de voltarem a morar num espaço que não é hospitalar. De modo geral, as pessoas internadas por longo período de tempo têm acesa uma pequena chama de esperança de um dia terem a liberdade de ir e vir – o que provavelmente as mantém vivas no ‘paraíso’ que representa morte. Quando esse momento de possível liberdade chega, o medo do que há por vir irrompe e se manifesta na ação de negação, na indiferença, nos sintomas psicossomáticos, por exemplo.

Sempre a gente tem um monte de gente que surta e tal, porque não é um processo muito fácil de sair desse espaço que é protegido, que passa essa segurança para um espaço mais independente. Então eles acabam desestabilizando um pouco. (...) Duas pessoas, hoje, estão mais resistentes. Mas uma delas está resistente naquelas: não vou, mas já saiu para comprar a cama dela, pra não sei que, compraram o edredom dela, ela quis ver. Ela falou que não queria comprar pra

ela, mas que não era pra comprar nem preto, nem roxo que ela não gostava. Ela está numas ‘não vou, não vou’, mas bem que está aceitando esse processo. Tem uma outra que está também bem resistente, ela não quer mesmo. Ela diz que não quer e a gente não sabe como vai ser.

Cláudio – gerente

Uma fala deles era muito simples, não sei reproduzir literalmente, mas era algo assim: e se o governo der para trás?

Álvaro - gerente

Entre os medos freqüentes, um deles se refere a quem será o provedor. Temos como hipótese que as normas e regras, entre elas a relação hierárquica instituída nos hospícios, são parte da personalidade dos sujeitos que deles fazem parte (BLEGER) e desempenham uma função psíquica organizadora para aquele contexto (KAËS). A saída do hospício significa o possível rompimento dessa modalidade de instituição e, conseqüentemente, a necessidade de um novo rearranjo das representações conscientes e inconscientes, além de abrir a possibilidade para se pensar a construção de novos significados, nunca inscritos. A tendência principal é buscar substituir a função perdida por outra similar, é buscar o conhecido no aparentemente desconhecido. O questionamento feito pelo interno sobre até quando o governo proverá a nova situação nos dá indícios sobre os novos rearranjos, que reproduzem, mesmo assim, a lógica manicomial.

O fim da internação, por mais que possa parecer saudável, configura-se como perda. No caso citado, o governo é associado ao novo provedor que substitui o papel até então desempenhado pela equipe dirigente do hospital. Ao mesmo tempo há um dado de realidade preservado, relativo ao medo de ‘o governo voltar atrás’, já que é comum ocorrerem mudanças após processos eleitorais, e estas provavelmente foram vividas penosamente durante os longos anos de reclusão. De qualquer modo, a situação de internação traz um forte vínculo de dependência configurado institucionalmente e, muitas vezes, justificado pela dura realidade da perda de laços com a sociedade. Os internos dos hospitais psiquiátricos freqüentemente passam a ser moradores, porque as famílias deixam de se responsabilizar por eles ou por terem perdido o contato com elas. Na Casa Rosa, por exemplo, 72% dos moradores

perderam o vínculo familiar e 59% não possuem documentos de identificação. Depois de tantos anos de internação, o único vínculo existente é com os membros da estrutura hospitalar, principalmente os trabalhadores da área de saúde e numa modalidade assistencial.

A saída da instituição psiquiátrica pode significar, portanto, a perda do único vínculo do paciente com o mundo externo por intermédio do profissional de saúde. Tal situação pode fazer emergir, no momento de saída, sintomas: poderá haver, inicialmente, uma demanda por maior cuidado e mais dependência do que aquela até então vivida no dia-a-dia do hospício. Essa exigência faz surgir indagações por parte dos trabalhadores sobre como e até onde é possível ir no processo de desinstitucionalização.

Eu contei isso uma vez para um amigo meu (sobre o trabalho de desospitalização) e ele disse ‘nossa, como vocês são ruins, ficam maltratando o paciente’. Dizem que trabalham, mas ficam maltratando. Tem a história de um rapaz que morava aqui, quando era novo, 29 anos eu acho, e que surgiu a possibilidade de morar numa moradia com mais duas pessoas novas também, porque a gente estava tentando adequar isso, um pouco pela idade. Ele não queria, não queria, não queria: ‘não vou, não vou, não vou’. E a gente meio que deu um xeque-mate: ou vai ou acabou. Vai acabar, você está recebendo alta, você tem que ir porque não tem mais para onde ir. Isso foi autoritário, mas ele topou. Nos primeiros dias ele vinha todo dia. Chorava, abraçava ‘ai que saudades que eu sinto de você’. Ficava praticamente o dia todo aqui. Hoje, nesse momento ele está um pouco em crise, mas isso já faz algum tempo e ele se adaptou muito bem na moradia, de nem vir aqui. Às vezes eles ligavam, os três, que estavam com preguiça de fazer comida, para a gente levar comida para eles. Eles se adaptam, gostam, convivem. Por isso a gente banca, até sendo meio autoritário, mas a gente acredita que isso é melhor pra eles. A gente faz dessa forma também. Tem, talvez, um agravante maior (sobre a montagem de duas novas casas), o fato de eles serem idosos, de ser uma população que tem mais dificuldade mesmo de se adaptar no lugar.

Cláudio – gerente

4.1.3. Projeto moradia: reinserir é assistir?

No trabalho de desmonte do hospital psiquiátrico, os profissionais de saúde se encontram diante desse dilema, porque os sinais da institucionalização já são conhecidos pelos trabalhadores em saúde mental, o fenômeno do hospitalismo é um desses exemplos. A discussão sobre reinserção social frequentemente inclui a discussão sobre autonomia. A pergunta sobre até onde é razoável intervir nas necessidades daqueles que, até o momento de saída do hospício, eram ‘pacientes’ fica sem resposta. No projeto da Casa Rosa tem-se clareza sobre o princípio de que o retorno à vida social não significa assistência em saúde. Na prática, porém, nem sempre é assim que se procede; o preconceito que circula na sociedade diante do portador de transtorno mental é uma das preocupações dos profissionais, que acabam tendo dificuldade em abandonar o papel de protetor. Acrescenta-se a isso a situação precária de assistência em saúde e das limitações das políticas que a definem.

A gente tem uma certa barreira e não digo necessariamente porque eles são portadores de doença mental, mas porque o atendimento à saúde de uma forma geral está caótico e eles ainda têm esse agravante de não ter uma queixa muito clara. Se o atendimento clínico deles precisa ser mais lento, você precisa tirar um pouco mais de tempo para essas pessoas. A queixa clínica, quando ela aparece, é às vezes imprecisa. ‘É uma dor’. É uma dor aonde? Sem saber. Então a procura clínica, o diagnóstico clínico dessas pessoas é bem mais complicado do que o restante da população. Então tem esse agravante e então eles demoram mais para serem inseridos na rede. E por isso a gente queria prestar esse atendimento domiciliar. A gente queria fazer uma parceria com o programa de saúde da família, da prefeitura.

Cláudio - gerente

Importante destacar que os limites aos quais as pessoas são submetidas quando internadas e, conseqüentemente, seus efeitos conhecidos pelos profissionais reforçam ainda mais a preocupação quanto à postura a ser tomada diante de um processo de desospitalização que não se associe a abandono ou

‘desassistência’. As atividades de ‘reabilitação psicossocial’, por exemplo, que são parte do processo de reorganização e humanização da atenção ao paciente psiquiátrico internado, explicitam não apenas tais limites, mas também aqueles que se referem à intervenção dos técnicos.

A adesão às atividades é super difícil, a resposta deles é muito lenta. Então a gente tem que trabalhar o tempo inteiro com nossa frustração, de esperar, de esperar, esperar e não dar certo e vai indo. Essa coisa que a gente começou a fazer há três anos atrás, hoje tem um pouquinho de resultado. Para você ter idéia da lentidão mesmo. Essa questão do uso do vaso sanitário, por exemplo, para não ficar tendo xixi aqui dentro do pátio. Hoje ainda existe, mas bem menos do que existia há três anos atrás. (...) Para o (pessoal que trabalha na unidade de saúde mental extra-hospitalar e que já havia trabalhado no hospital) a população daqui (ala de internação da Casa Rosa) é muito atrasada. Aconteceu aquilo que eu te falei, quem está na moradia, está bem independente, então eles olharam para (essa ala) como uma população mais atrasada. A partir do momento em que a gente assumiu aqui, para gente eles assumem o papel de bem dependentes. (...) Para gente (o pessoal dessa ala) era bem dependente e a gente deu essa independência para eles. A gente começou a tratar aquelas pessoas com essa independência. E eles responderam super bem a isso. Então a gente está nesse processo que quer acabar com essa ala também. Mas qual é o impasse que a gente tem hoje? O projeto principal da equipe é acabar com essa ala de moradores toda e começar a prestar serviços de atenção clínica domiciliar a todas as moradias que existem hoje, do CAPS ou qualquer outra, qualquer moradia terapêutica que existe do município. A gente está pretendendo fazer isso, principalmente as moradias de alta complexidade, que é o que a gente faz, mais essa parte clínica. Se a gente começa a montar moradia para todo mundo dessa Ala, a gente vai ficar com 10, 15 moradias para atender e não vai ter pernas para fazer esse outro projeto que a gente entende que também tem uma baita contribuição para a saúde mental. (...) Porque aí a gente vai gastar muito tempo de nosso trabalho na supervisão dessas moradias e não vai ter condição de tocar esse outro projeto.

No nosso ponto de vista esse vai ser um baita salto para a saúde mental. Porque a inclusão na rede desses pacientes é muito complicada.

Cláudio - gerente

Essa fala se refere às pessoas que, do ponto de vista clínico e dos efeitos causados pela institucionalização, apresentam maior dependência e, conseqüentemente, expressa maior preocupação dos profissionais de saúde em relação ao seu papel, à sua responsabilidade e ao destino da vinculação paciente/trabalhador de saúde mental. Tais questões nos remetem, mais uma vez, ao problema assistir/administrar x morar, sinalizado anteriormente, diante da implantação de moradias.

Aí é que está o paradoxo. É um serviço de saúde que tem que zelar pela saúde das pessoas. Quando você tem controle total você até que consegue, porque o que respira conspira, Não é? Então mesmo no controle total as pessoas ainda conseguem alguma coisa: o prato que você dá é controlado e tal. Numa casa esse problema não aparece e nem tem de aparecer, mas aí rola o paradoxo: tem que zelar pela saúde de uma pessoa que entra diabética, mas tem que convencer, porque se ela recusa a informação que você está dando, a orientação. Vamos administrando como dá, entendeu? Tudo é muito mais complexo, tem mais dificuldade nas coisas, mas você fica mais satisfeito também.

Álvaro – gerente

Um problema relacionado a diabetes exemplifica o dilema entre administrar/assistir x morar:

Nós temos uns diabéticos morando, o que é um grande problema. Eles compram quilos de bananada, goiabada, tudo que tem direito, entendeu? Muita lingüiça, muita carne, muita gordura. A obesidade, a diabetes, o colesterol, é algo que a gente trabalha a duras penas, entendeu?

(...)

Têm pessoas que são diabéticas e comem doces. Não dá para você tirar o dinheiro delas. Aí seria administrado, você tem que fazer alguma coisa. Nem sempre ela convence. Tem problemas que a gente fica na corda bamba do ético, se dá assistência ou não, se vale mais a liberdade ou glicemia ...

Álvaro – gerente

Apesar de tais questões transcenderem o âmbito da atenção em saúde mental e, portanto, não se referirem especificamente ao tratamento de transtornos mentais, estas continuam fazendo parte das preocupações dos profissionais que passam a se responsabilizar pelos moradores. Uma das formas de acompanhar essas e outras demandas implicadas numa proposta de reinserção social tem sido feita pela indicação de profissionais de referência para os moradores.

Cada moradia tem um profissional universitário que é referência dela atualmente. Você tem um grupo de auxiliares que desempenham atividades ali: seja medicação, seja fazer compras, seja um simples acompanhante. Então você tem um acompanhante freqüente.

(...)

Os pacientes (são) sistematicamente apoiados pela equipe (...) de acordo com as necessidades identificadas. Pode ser diária, semanal. Quinzenal com certeza não existe. O acompanhamento hoje é no mínimo semanal. Tem uma ilusão que a gente superou, a gente achava que quanto menos acompanhamento melhor. A gente percebe que não é o acompanhamento, o tipo de acompanhamento, às vezes se trata de ajuda para acender o gás. Depois de duas horas pode precisar de ajuda para visitar o familiar... continua precisando de ajuda, mas a complexidade muda ... a gente passou dessa visão ingênua de que estar bem é não estar em acompanhamento para a medida que as pessoas evoluem o tipo de acompanhamento refina-se, muda. É como nós, algumas coisas a gente precisa de ajuda. É aquela coisa de que autonomia não é precisar de ninguém. É interessante discutir isso: ter autonomia não é prescindir de ajuda, aliás, é mais autônomo quando tem mais chance de ajuda.

Álvaro – gerente

Essa ajuda está associada a ações do profissional de saúde mental. Podemos supor que essa é uma forma de construir a transição, uma tentativa para não quebrar abruptamente o vínculo entre profissional e paciente e preservar um pouco do lugar anterior tanto para ‘ex-pacientes’ quanto para ‘ex-trabalhadores’ do hospital psiquiátrico. O risco que se corre é de haver um rearranjo que naturalize tal relação no sentido de que ‘a ajuda’ permaneça associada ao profissional de saúde. Nesse sentido, institucionaliza-se, mais uma vez, a continuidade da lógica manicomial. A questão sobre os lugares nos remete à discussão sobre as posições cristalizadas e a não mobilidade dos papéis nas Instituições (PICHON-RIVIÈRE).

Se, por um lado, as indagações sobre como administrar e como intervir, concernentes às novas características de atuação profissional, são temporariamente respondidas em algumas situações para os profissionais envolvidos diretamente no trabalho; por outro lado, essas não se restringem à nova experiência e ao novo contexto do projeto moradia. O conflito referido à nova situação é visto como perda da profissão por um dos Conselhos que rege a profissão de enfermagem. Tal Conselho tem questionado as atividades desenvolvidas pelos profissionais que até então eram atividades restritas à clínica.

Podemos perceber que, por mais que haja aspiração por mudança da atenção psiquiátrica/asilar brasileira, as armadilhas que podem impedir o alcance de tais objetivos são muitas. As trajetórias de implantação de projetos de reinserção social são marcadas por contradições que se expressam pela tensão entre áreas específicas, muitas vezes medicalizantes ou psicologizantes e a vocação de ruptura de tutela técnica-institucional. A constituição de novas propostas que busquem viabilizar a passagem da internação para o convívio social mostra a crise de paradigmas e, com ela, a possibilidade de perda do locus prioritário de ação em saúde.

4.1.4 – Custo/benefício: uma questão decisiva ao projeto moradia?

A viabilização de propostas que conduzem do hospício à cidade, obviamente, não depende do envolvimento exclusivo de trabalhadores em saúde mental. Embora tais propostas freqüentemente tenham origem na ousadia e

criatividade de equipes compostas por eles, com ou sem apoio de governos locais, tais iniciativas são determinadas por e determinantes de um contexto econômico, social e político/institucional que transcende os limites do território no qual são desenvolvidas.

Como já mostramos anteriormente, a instalação das moradias extra-hospitalares pela equipe da Casa Rosa foi ousada, entre outros aspectos, por ser uma transgressão da lei, já que a estrutura burocrática não previa possibilidade de financiamento para esse tipo de proposta. A publicação da Portaria nº 106, que estabelece a criação de Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, foi publicada no ano 2000, ou seja, quase 10 anos após as primeiras experiências nessa área.

Esta Portaria foi elaborada, em parte, a partir das experiências relatadas neste nosso trabalho. A publicação dela, bem como a regulamentação da forma de financiamento dos serviços criados (Portaria nº 1.220), significa, por um lado, um avanço no âmbito das instâncias governamentais por reconhecerem a importância de tais experiências para a desativação dos manicômios. Mas, por outro lado, homogeneiza tanto as experiências quanto a problematização delas decorrentes, ao instituí-las como serviço de saúde com finalidade de reabilitação psicossocial.

Desse ponto de vista, há uma dupla restrição: a determinação de que tais experiências são serviços de saúde – nesse caso o dilema entre assistir e reinserir se dilui – e o fato do repasse de verba ser exclusivamente para o paciente que sai da internação. A autorização de internação hospitalar (AIH), que acompanhará o ex-paciente será utilizada na manutenção das moradias. Não está prevista, portanto, a possibilidade de pessoas que não estavam internadas, mesmo sendo portadores de sofrimento mental (por exemplo, moradores de rua) serem beneficiadas por essa proposta.

Outro aspecto relevante nessa discussão diz respeito às exigências concernentes à relação custo/benefício: em vários momentos a definição sobre a implantação de ações de saúde será pautada principalmente pelo fator econômico. Nesse sentido, as tentativas de driblar as normas estabelecidas e de buscar outras ‘invenções’ continuam fazendo parte da implementação desses projetos. Os benefícios financeiros recebidos pelas pessoas internadas com base na ‘Lei Orgânica de Ação Social’ passam a ser parte dos recursos utilizados na montagem da casa sob

orientação da equipe técnica de trabalhadores, já que os repasses da AIH não foram previstos para isso.

É um benefício que repassa para pessoas que ganham menos de R\$ 25,00 por mês, e por pessoa na família, um salário mínimo por mês. Quando um usuário de hospital psiquiátrico interno não tem família, não tem nada, a renda dele é menor do que R\$ 25,00 por mês. O benefício social é até razoável. Nessa orfandade de benefícios sociais isso é alguma coisa. Boa parte de nossos usuários recebe; alguns trabalham no núcleo de oficinas de trabalho. Praticamente é esse o dinheiro que eles têm.

Álvaro - gerente

A questão da criatividade é o que pega e a gente tenta fazer dessa forma. (...) É um jeito de usar um recurso financeiro que a pessoa tem e que não vai ser utilizado de outra forma. Não vai comprar nenhum bem de valor pra ela, mas comprar algo que ela aproveite, mesmo que outros membros da casa também aproveitem.

Cláudio - gerente

Nesse processo, busca-se encontrar formas de parceria com outras instituições:

A gente fez um projeto e mandou para um Laboratório, achando que por ser um projeto novo teria algum retorno, mas não veio. Tem de doação. Doação a gente já pediu para conseguir alguma coisa. Acontece que as pessoas pensam que podem doar lixo, porque é doação. Mais ou menos que nem o pessoal que doa o sapato que está furado. É mais ou menos assim com móveis também.

Cláudio - gerente

Sobre pedidos de doação:

Para a comunidade, colocamos anúncio no jornal. (...) Mas para essa casa a gente fez um chá de cozinha com os funcionários, mas não pedimos muita coisa.

Cláudio – gerente

As casas foram montadas inicialmente com material vindo do almoxarifado do Hospital Casa Rosa, posteriormente foram sendo procuradas outras alternativas. Atualmente, cada morador recebe uma quantia fixa em dinheiro, por semana, que é destinada principalmente a gastos com alimentação.²³

Hoje todas as casas recebem um x para os gastos: alimentação, material de higiene. Esse material é comprado e adquirido por eles em instituições comerciais. As casas são muito diferentes entre si, não têm um padrão de móveis, de estilo. Como a sua e a minha são completamente diferentes, entendeu? A gente evita a padronização, até porque eles participam da composição da casa. A gente trabalha pouco com doações, a gente prefere fazer aquisições mesmo até pela impossibilidade. Até mesmo porque a doação já vem pronta. A aquisição permite (...) tem o mínimo de chance de individualização. O grau de acompanhamento da casa depende do grupo, da demanda dos usuários. A gente tem uma casa que tem acompanhamento de 24 horas por dia, todas as demais não têm e aí a intensidade desse acompanhamento varia de acordo com as demandas.

Álvaro - gerente

O tipo de assistência destinado à casa implica um determinado custo que poderá ser maior quanto maior a necessidade de acompanhamento. Essa é uma questão que faz parte do conjunto de preocupações das equipes que coordenam os projetos de moradia.

Quando você tem usuários com mais autonomia do que menos, você se coloca a questão: estou fazendo economia ao ter pacientes com mais autonomia que podia ajudar aos outros, ou eu devia estar com mais funcionários aqui? Concretamente existe mais gastos

²³ Cerca de R\$ 20,00 por paciente/semana.

dependendo de pacientes com mais autonomia que outros, que exerce papel de liderança e às vezes ajuda. Então cai nessa questão ética. Estou fazendo uso do doente?

Álvaro - gerente

Tal questionamento está estreitamente relacionado à lógica custo/benefício que pode prevalecer. Existe o receio, por parte dos trabalhadores, de estarem sendo acusados de não dar a devida assistência ao delegar as tarefas para os egressos do hospital que agora moram nas casas localizadas na cidade. Já houve, concretamente, uma acusação contra a equipe de saúde mental por estar fazendo uso de trabalho, como se este fosse escravo, nas oficinas cooperativadas e assistidas, cujo objetivo ia ao encontro dos objetivos do projeto de reabilitação psicossocial.

Há uma dupla preocupação: como justificar para os setores externos (sindicatos, movimentos, conselhos profissionais) e institucionais (diretoria, colegiados, etc.) sobre a viabilidade ética e econômica/financeira do projeto? Sobre a montagem de ‘moradia de alta-complexidade’, assistida 24 horas, devido às necessidades dos moradores com problemas de saúde crônicos (idade avançada e muito de tempo de internação), a preocupação com o que entendem como alto custo permeia a condução do trabalho.²⁴

Quando foi apresentado esse projeto (moradia de alta-complexidade) para o colegiado, já sabia que esse era um projeto extremamente caro. Então o que a gente fez? A gente fez umas contas para propor para a equipe do colegiado como eram os gastos. A gente vai estar tirando aqui de dentro do núcleo clínico (ala de internação) oito pessoas, que são as que demandam mais cuidados: de cadeira de roda, de banho. Então a gente vai tirar os auxiliares daqui, vai mandar para a casa sem precisar repor essas vagas porque vai ficar uma população um pouco mais tranqüila de trabalhar. Outra coisa que a gente fez também: algumas das pessoas que estão indo para a casa têm benefício, uma espécie de aposentadoria. Pela característica deles de serem mais dependentes e de não expressar

²⁴ A maior parte do recurso, nas casas de alta-complexidade, é destinada à mão de obra: dois auxiliares de enfermagem para cuidar de oito moradores, quando na enfermaria são necessários cinco para cuidarem de 40 internos.

desejo, foi acumulando esse dinheiro. Alguns pagavam dois reais por dia para comprar salgadinho na barraca, entendeu? Tem gente que até acumulou uma quantia grande: três mil ou quatro mil reais. A gente pensava assim, o que a gente vai fazer com esse dinheiro para melhorar a qualidade de vida deles? Já que eles estão indo para casa, então vamos comprar coisas para que eles possam usar e que outras pessoas possam usar. Mas tudo no nome dele. Se o senhor José comprou a televisão, a TV fica no nome dele. Se por acaso ele tiver família e a família quiser levar ele embora, leva com a televisão junto. Mas naquele momento ele vai estar se beneficiando com aquele objeto que ele comprou com o dinheiro dele. Por que, se não, vai continuar acumulando e vai comprar o quê? Um carro pra ele?

Marcos – gerente

Existem 22 moradias extra-hospitalares na cidade onde se localiza o Hospital Casa Rosa, algumas mais e outras menos assistidas pelos profissionais da área de saúde. Com os recursos financeiros advindos de diferentes âmbitos (inclusive dos próprios moradores) foi possível instalar casas com boa infra-estrutura, independentemente de estarem localizadas em regiões nobres ou bairros populares da região metropolitana. Contudo, uma outra situação emerge na relação entre os moradores e os auxiliares que assistem a casa: as condições de moradia e os recursos destinados a esses moradores estão acima da média daqueles que prevalecem na realidade brasileira.

O estudo de custo das moradias é bom, que ela custa por pessoa R\$ 500,00. A AIH é R\$ 700,00. Tudo está incluído: aluguel, todas as casas têm telefone, todas as casas têm (controle de gás) automaticamente fecha o botijão. As casas têm um padrão muito razoável. São casas alugadas. O aluguel é em média de R\$600,00. São casas boas. No nosso país são ótimas. Como a gente vive uma crise de habitação, não é incomum que os trabalhadores de nível médio e baixo da Casa Rosa invejem. Certamente a casa deles é num local mais distante e fisicamente pior. As pessoas ganham de R\$ 500,00 para baixo.

Álvaro - gerente

O ex-paciente passa a ter mais ‘privilégios’ e melhor condição econômica: a relação paciente-cuidador é aqui invertida.

4.1.5. O dia-a-dia nas moradias extra-hospitalares: problematizando a reinserção social

O que mais que eu posso dizer sobre moradia. A gente diz também que a moradia permite a inserção no espaço físico, mas não na sociedade. (...) Ela (a casa) dá o espaço para a pessoa morar. Ela dá o espaço físico, mas não na comunidade.

A gente pensa o tempo todo. Quando a gente inaugura a moradia a gente está implantando o espaço físico, mas a gente não tem a ilusão de que isso vá (inserir na) comunidade. Isso não é automático. É uma coisa construída. É necessário um trabalho nesse sentido. Vai desde fazer as compras, o uso do dinheiro, aproximação com os vizinhos. Uns começam a freqüentar igrejas, freqüentar escolas. Começa por aí. A gente não tem programa diretivo, porque não seria o caso. Se perguntar: tem trabalho com vizinhos? (...) Se tiver problemas a gente intervém. A gente chama o bairro inteiro ... tinha uma paciente que ficava pedindo boneca para todo mundo o dia inteiro e várias vezes. Um dia numa casa tinha um cachorro muito bravo que podia ter trucidado (um morador). Houve um burburinho, o pessoal reclamou na Casa Rosa. (...) Mostrar para eles que isso não é um projeto da Casa Rosa, entendeu? É um projeto do país ou para o país. Acho que não é um projeto do país, não, é para o país...

Álvaro - gerente

Consumada a saída do hospital, além de aspectos relacionados às resistências e angústias do ex-paciente, aos problemas do vínculo morador/trabalhador de saúde mental, uma questão fundamental expressa nos projetos de reinserção social diz respeito ao trânsito possível dos novos moradores, na cidade e entre os munícipes. Se há, por um lado, o medo do egresso do hospital em como agir no novo meio, há, por outro lado o medo que se instala no espaço social a partir da proximidade e da possível convivência com os ‘loucos’ oficiais; com estes ‘doentes

mentais/perigosos' expulsos durante mais de um século da cidade construída pelos olhos da razão e que foi invadida pelo medo da loucura.

Sabemos que a categoria do 'estranho', do 'diferente', suscita vivências de medo nos sujeitos e grupos dos quais o 'louco' faz parte, porém, não é possível reduzir tais experiências a uma determinação intra e intersubjetiva. Concretamente os 'loucos' foram progressivamente afastados no mundo dos 'sãos'. As categorias 'conhecido' e 'desconhecido', que se sobrepõem à ideologia do 'normal' e do 'anormal/patológico' são construídas e determinadas principalmente pelas relações que estão a serviço da manutenção da estrutura social vigente.

No caso da implementação das primeiras moradias extra-hospitalares, este medo se manifestou em negativas dos proprietários de casas para alugar ao se recusarem a fazer contrato para esse tipo de finalidade, em conflitos na comunidade devido ao tipo de comportamento, 'nada usual', apresentado pelos novos vizinhos, nas reclamações da vizinhança junto à equipe da Casa Rosa.

Mas pouco a pouco foi havendo uma assimilação desses novos moradores na rotina dos bairros onde se instalaram. O estranhamento diminuiu, começa a haver a possibilidade de uma convivência cordial.

Sabemos também que hoje em dia, com a crise da sociedade salarial, com o desmoronamento do mundo do trabalho, a inclusão na sociedade capitalista mais do que nunca se desloca da condição de empregabilidade à condição de consumidor; o mundo é oficialmente apresentado como lugar de consumo.

Tal questão é de relevância para problematizar as propostas de reinserção social, pois uma ligação à comunidade parece estar colocada exatamente pela via de acesso ao mundo do consumo: quando há recursos disponíveis para assumir este papel de consumidor, é possível circular pela cidade; quando estes se esgotam, resta o recolhimento no espaço privado da casa.

Um dia a gente percebeu: mulheres com mais de 60 anos de idade, naquele bairro onde estão, depois de duas horas da tarde, na quarta-feira, ficam fazendo o quê? A gente contextualizou. A gente percebe que uma mulher de 60 anos num bairro de classe média baixa (nesta cidade), duas horas da tarde acaba bordando ou assistindo TV. Porque a gente vive num país extremamente ... como eu posso dizer

.. esta cidade é um espaço urbano enorme, não oferece um espaço de lazer. As igrejas hoje são fechadas, as católicas, por exemplo. Hoje em dia o espaço urbano é um espaço hostil que as pessoas não podem frequentar. Não é da cultura deles e nem da classe social o consumo que a gente faz: ir pra o shopping e tal, ou seja, o lazer ligado ao consumo. Então as pessoas ficam mais em casa mesmo e a gente evita de fazer grupos dentro de casa. Espaço de morar é de morar, não é? A moradia é um espaço privado e, no máximo, a gente discute as questões pertinentes ao grupo, à casa

Álvaro - gerente.

Apesar de não irem ao Shopping Center, consumir é um ideal. O dia-a-dia na casa é descrito pelos próprios moradores principalmente por dois tipos de atividades: o cuidado com a casa e os momentos de fazer compras.

Piedade, moradora de uma das 22 casas localizadas na cidade onde está o Hospital Casa Rosa, nos fala que a vida está boa, pois ela e outras colegas limpam a casa, fazem faxina, almoçam, jantam e lavam louças.

Eu limpa a cozinha e faz comida.

Joana

Eu bato o tapete.(...) (Os homens) ajudam. Ajuda, né, Paulo?
(...)Varre o quarto.

Piedade

Outro dia, nós esfregamos, jogamos água aqui na área.

Marta

É, lavamos com água e sabão e, depois, passar pano. (...) Só nós que cuida.

Piedade

Outro dia, veio uma moça bonita que lavou toda a área, esfregou, lavou tudo a área, passou rodo, vassoura.

Marta

O cuidado pessoal relaciona-se com a possibilidade de ir às compras. Thaís, outra moradora da mesma casa, ao demonstrar afeto, abraçando e beijando Piedade, solicita à amiga que a acompanhe à ‘manicure’, porque gostaria de comprar

sapatos, mas não pode ir à loja com “as unhas do pé tão feia”. Os passeios acontecem, principalmente, para fazer compras: comprar cigarros, roupas e ir ao supermercado. Como nem todos recebem o benefício da LOAS, em alguns casos a divisão de trabalho lembra aspectos relacionados à relação precária de trabalho entre patrão-empregada doméstica. Joana, uma das moradoras que não tem fonte de renda oficial, lava roupas dos homens da casa e cobra por isso. Thaís, que às vezes dá dinheiro para Joana, comenta que esta colega gosta muito de dinheiro, por isso lava roupa; ganha pouco por isso e não tem conta no Banco. Os benefícios que cada um dos moradores tem faz diferença para a obtenção de pertences e para fazer aquilo de que gostam, principalmente no que se refere a enfeitar-se e a comprar. As moradoras falam sobre isso:

Gosto de comprar sapato. (...) Pinturas, maquiagem, fazer a unha, passar desodorante. (...) Eu também saio. Quando tem dinheiro, eu pego e vou sair.

Piedade – moradora

Tem umas lojas especiais.(...) Tem roupa que eu comprei, essa calça foi comprada. (...) Eu que escolhi a roupa.

Marta – moradora

Pudemos perceber que ter ou não ter dinheiro e a forma de ganhá-lo faz diferença e determina as relações na casa. Pessoas que não recebem o benefício, como Joana, prestam serviços para os próprios colegas como forma de obter alguma remuneração. O trabalho formal ou informal parece não ocupar papel tão relevante para os egressos do hospital quanto consumir.

Em relação a questões que envolvem inserção no mundo do trabalho, um dos projetos que faz parte da proposta de ressocialização e desospitalização do Hospital Casa Rosa é o núcleo de oficinas de trabalho.

O Núcleo de Oficinas de Trabalho emprega mais de 100 pessoas: oficinas de vitral, mosaico... Na Legislação está inserido na Casa

Rosa; só que por estar inserido na Casa Rosa (os participantes) recebem o salário mínimo.

Álvaro – gerente

Embora este projeto venha tendo resultados – por exemplo, uma loja para venda dos produtos foi instalada pelos participantes do núcleo numa galeria da cidade – há um número significativo de participantes (pessoas atendidas nos serviços de saúde mental), mas poucos são os ex-moradores da Casa Rosa que dele participam.

A grande maioria não (participa). Muitos que participam (do núcleo) moram na cidade, usuários do hospital dia, etc. Acho que não chega a 10% o número de usuários das moradias que fazem oficina. A maioria não tem trabalho formal. (...) Um deles tem. Trabalha meio período em (um distrito da cidade). Trabalho formal é complicado para quem não ingressou no hospital psiquiátrico, imagina....

Álvaro - gerente

Entre as casas instaladas na cidade, em quatro delas mora apenas uma pessoa, e são estas que incluíram o trabalho nas oficinas como parte de suas vidas.

Eles trabalham no Núcleo o dia inteiro. A gente tem uma oficina que tem um maior número de usuários. (...) São oficinas produtivas, são trabalhos de qualidade; ninguém compra por caridade. (...) Eu acho que às vezes tem mais solidão em pessoas que moram em grupo (...) Geralmente as que moram sozinhas são mais autônomas ... elas interagem muito ... solidão não tem não. E, também, essas não temos acompanhado muito na residência não. Elas vêm até a gente.

Álvaro – gerente

A temática discutida até o momento nos mostra a multiplicidade de questões constituintes do projeto de desinstitucionalização. Nas casas que visitamos, nas três cidades, há moradores que caminham de total autonomia à total dependência;

a forma de acompanhamento varia entre as casas totalmente assistidas e aquelas que não são mais acompanhadas; há pessoas com trabalho formal, com trabalho informal ou que vivem com o benefício do Estado; parte dessas pessoas transita livremente pela cidade, outra parte ainda mantém comportamento muito semelhante ao que tinha no hospício. Mas algumas características comuns chamam a atenção. Uma delas é que há total consenso entre os moradores dessas casas em não quererem voltar a morar no hospital ou nas antigas alas de internação. Mesmo nos casos em que inserção se deu apenas na casa e não na comunidade, a fala é unânime quanto a haver dias mais tranquilos do ponto de vista da convivência. A fala de Thaís é representativa de outras que ouvimos: ela afirma que a vida na casa é melhor do que no hospital e nesta há convivência e amizade entre as pessoas. Sabemos que há conflitos entre eles, como em qualquer outra casa onde mora mais de uma pessoa. Contudo, o ‘sentimento de tranquilidade’ impera se comparado aos dias de turbulência vividos no hospício. Piedade reitera essa idéia:

O dia nosso é calmo. Não tem briga aqui, não.

Os profissionais reafirmam a mesma idéia, incluem os possíveis, porém os naturalizam na busca de saídas para sua superação.

Outra coisa que a gente percebeu é que nem todo mundo nasceu para viver junto em grupos. Teve usuários que a gente teve muita complicação para manter nas moradias. Eles brigavam, tinham que sair; e aí a gente percebeu que morando sozinho eles deram certo. Então, a gente tem casas em que mora uma pessoa. Temos três ou quatro casas em que mora um indivíduo. Isso deu certo e em grupo a coisa não ia. Você deve ter na sua rede social, pessoas que moram sozinhas e que talvez teriam dificuldade de morar com mais quatro ou cinco, isso se aplica a qualquer um.

Álvaro - gerente

Sabemos que a saída do hospício para a cidade e a avaliação positiva de seus novos moradores, da qual não discordamos, está muito longe de significar a superação dos manicômios. Basta nos atermos a essa característica comum que nos

chamou a atenção: a ênfase dada ao consumo. Em todas as casas que visitamos, bem como em algumas unidades de internação, os moradores ou internos nos mostravam os bens adquiridos por eles próprios com o dinheiro que passaram a receber. Objetos pessoais, eletrodomésticos, móveis, fotos, discos, livros, ou a casa financiada: aquilo a que parecem dar mais valor, e o que os diferencia e ao mesmo tempo os torna iguais é a possibilidade de consumir. Tal aspecto não escapa aos sujeitos envolvidos na construção do Projeto Moradia:

A situação psicossocial tem que infundir não só valores de consumo. É impressionante o que vocês podem ver nas entrevistas; como a gente fala de reabilitação psicossocial, por exemplo, indo ao mercado. Eu acho que isso não é à toa. Nossa sociedade é de consumo. Consumir é ser igual cidadão, você ser cidadão é igual consumir. Faz, vão ao supermercado sozinhos. (...) Eu tenho discutido que às vezes infundir valores também faz parte da recuperação psicossocial; não é só consumir, entendeu? (...) Eu acho que o valor solidariedade também faz parte para ser inculcido, valores que foram perdidos. Ser solidário é um valor ... solidário porque estar no hospício hoje ... uma visita o cara vê que funciona ... eu discuti isso com eles.

Álvaro - gerente

Do mesmo modo, não escapa a percepção de que, por mais que se tenha avançado, muito há por se fazer e, principalmente, buscar compreender:

Onde a gente vai parar? (...). Além de a gente criar um horizonte para os próprios trabalhadores que não viam nas moradias um fim para eles próprios, eu acho que (as moradias implantadas possibilitaram) perceber que passa um ano, passam dois, passam três, e que não tem recuo. As pessoas que estavam ficavam felizes. Eu acho que os usuários começaram a adquirir confiança na gente, no projeto. Eu acho uma pena te dizer tudo assim: acho, penso. Devíamos ter tido uma pesquisa, devíamos dizer: ‘segundo um estudo que a gente fez, tal, a gente percebe que o caso ...’. Ficam só nas conjecturas, por enquanto.

Álvaro - gerente

4.2. ENTRE O HOSPÍCIO E A CIDADE: PERCALÇOS DE UMA EXPERIÊNCIA

O Hospital Paraíso foi criado em 1944 com o objetivo de dar suporte, tal como outros que surgiram na mesma época pelo interior do Estado de São Paulo, à demanda excessiva do Hospital do Juquery, localizado no município de Franco da Rocha. Na década de 70, o Paraíso tinha uma população de cerca de 1.600 moradores distribuídos pelos seus grandes pavilhões (média de 100 pessoas). Grande parte da clientela transferida para este chegou a permanecer pelo menos 30 anos internada nos hospícios.

Atualmente o Hospital Paraíso comporta unidades de pacientes agudos (masculina e feminina), de dependentes químicos, de geriatria, de neurologia. Um trabalho voltado para reinserção social (que chamaremos de Projeto) faz parte do programa do Hospital, que é desenvolvido principalmente pelas equipes do Núcleo de Convivência (chamaremos de Núcleo), da Vila Terapêutica (Vila) e de uma casa masculina que está em vias de se tornar lar abrigado, tal como o Núcleo e as casas da Vila, chamada de República.

Se hoje há, no Paraíso, um Projeto para desativar os grandes pavilhões, houve um tempo não muito remoto em que reinava única e exclusivamente a ‘realidade dura’ dos hospícios.

Ali a pessoa não sai para fora, ali dá choque na pessoa. Põe a pessoa na cama e dá choque e ali tem cama de cimento na psiquiatria. A cama era de capim antigamente, depois é que compraram colchão. A gente dormia naquela cama baixa (...) eu com a Nilva. (...) O capim era o colchão. (...) Dentro do pano e da cama de cimento; a cama era assim (...) E ali as pacientes arrebentavam o colchão quando estava agitada, fazia aquela sujeirada. Depois a gente fazia limpeza no quarto forte, lavava as janelas, lavava as portas. Lavava as portas, lavava os vitrô, lavava o chão, fazia faxina. (...) Eles davam choque na gente, pega sal e põe aqui (faz um gesto) e depois dava o choque na gente. Às vezes ficava meia hora, depois já ficava boa, levantava e já ia trabalhar, já ia para o pátio. Elas passavam lençol na cara da gente quando estava no quarto forte. (...) (Iam para o quarto forte) porque a gente estava

brigando, a gente brigava, se desse um tapa na outra, eles levavam para o quarto forte.(...) A gente brigava porque uma tirava o cigarro da outra, uma queria tirar o cigarro da gente (...) a gente já não estava boa. Qualquer briguinha põe a gente no quarto forte. (...) Elas davam injeção na gente, de correr sangue. Elas eram brava, era só você vendo. Qualquer coisa ia para o quarto forte. Se desse um tapa, se jogasse leite, leite quente ou café quente no outro, apanhava, a gente e ia pro quarto forte. Conta aí para ela Nilva.

Fada – moradora da Vila

(...)

Você abria o portão naquele pátio... Aqui em cima tinha uns 800, lá embaixo nem sei quanto tinha. Parecia campo de concentração, era uma loucura, era uma loucura. Era tanta gente que para fazer o censo, uma vez por semana, o chefe do SAME e o chefe da STC vinha meia-noite ver se todas as camas estavam ocupadas. Contava tudo e fazia o censo, não era do dia, era da semana. Meia-noite eles vinham, para ver se estava todo mundo.

Sandra – gerente

E você não sabia a história deles não.

Carolina – auxiliar

Porque durante o dia era que nem uma boiada, aqui nesse pátio trancado que nem tinha como contar. Aí à noite acho que ficava melhorzinho (...) Era tudo enfileirado... Aqueles pavilhões... Quanto mais gente melhor.

Sandra – gerente

A gente foi conhecer muitas das histórias deles, foi assim quando dessas divisões de coisas (...) Você não pode generalizar, cada um é cada um.

Carolina – auxiliar

A partir de 85 o hospital também começou a passar por uma transformação de área física, então não ficou mais área masculina,

área feminina. (...) Ele (o diretor) tirou a chave dos dois pátios, foi uma loucura. (...) Mandou esconder a chave, ninguém mais tinha chave. Ele construiu essas casas, todo o mundo criticava... Mas essas casas ele construiu.

Sandra – gerente

4.2.1. Núcleo de convivência: o primeiro passo

Na década de 80, seguindo diretrizes da reforma psiquiátrica, houve modificações na planta física do hospital: as grandes enfermarias foram reformadas, as celas fortes foram desmontadas.

A melhor coisa que aconteceu (...) que se eu tivesse recebido (dinheiro da aposentadoria) eu ia soltar uns dez milhão de rojão: o dia que derrubaram o quarto forte. O dia que derrubaram o quarto forte da psiquiatria. (...) Eu fiquei muito feliz, me deu uma vontade de soltar o rojão. Eu não tinha ainda aposentadoria. Tem dia que eu tenho vontade soltar o rojão de alegria.

Fada – moradora da Vila

Em meados de 84 inicia-se uma experiência que dá origem ao Núcleo, a partir de iniciativa da equipe de um dos pavilhões juntamente com alunos e estagiários dos cursos de Medicina, Enfermagem e Psicologia de Universidades locais. Com o objetivo de dar atenção mais individualizada aos pacientes do pátio, buscando desenvolver atividades básicas de cuidado pessoal (tomar banho, sentar-se diante de uma mesa, utilizar garfos e copos de vidros) e estimular a convivência grupal (alguns pacientes nem sabiam seus nomes), a casa que pertencia a um antigo diretor do hospital, e que estava fechada há alguns anos, passou a ser utilizada como local que recebia um pequeno grupo do conjunto de 100 pessoas que freqüentavam o pátio durante o período da manhã, já que nesse espaço isso se tornava inviável. A constituição do Núcleo foi o primeiro passo para a instalação da Vila Terapêutica dentro do complexo hospitalar.

Aí nasceu o Núcleo (...) que foi a tirada dos pacientes do pátio. Em seguida, 1987, nasce a Vila com cinco casas que foram construídas para esse objetivo(...). Nessa época o objetivo não era ir embora, a equipe nem pensava nisto. Você vai ver que o processo bem nos ensina que quem traça e fala os nossos objetivos são eles (os pacientes). A experiência pelo menos nossa, então você vê, o Núcleo nasceu com residentes, estagiários para oferecer uma coisa melhor e ver o que acontece. Na Vila, nas casas, vamos diminuir as populações dos grandes pavilhões porque lá é muito heterogêneo, tem muita gente regredida (...) Quem sabe se não tivesse um outro ambiente ou um novo espaço em um ambiente mais propício, mais terapêutico, essas pessoas não possam melhorar. Não é melhorar e ir embora, era nossa visão naquela época.

Márcia – enfermeira

Segundo depoimentos de parte da equipe do Núcleo – enfermeira, auxiliares de terapia ocupacional e de serviço social (que trabalhavam como atendentes de enfermagem no início do projeto), auxiliar de limpeza –, apesar de buscarem tais objetivos, tinham dúvidas quanto à viabilidade destes poderem ser atingidos. Depois de dois ou três anos funcionando nessa modalidade, esse trabalho foi interrompido para reforma da casa e, ao ser retomado, foram feitas modificações. Alguns questionamentos surgiram: quem deverá ser ‘escolhido’ para participar das atividades? ‘Investir nos mais regredidos ou naqueles mais estruturados’? O objetivo do Núcleo será o de ser ‘outra’ casa definitiva ou local para criar possibilidades para saída do hospital?

Definiu-se, no decorrer do trabalho, o desenvolvimento de um programa que possibilitasse a criação de condições para a saída definitiva do espaço hospitalar. São iniciadas atividades que privilegiam a divisão de tarefas para manutenção da casa (limpeza, alimentação), considerando-se fundamental o estreitamento dos laços de convivência entre equipe e moradores desse novo espaço.

Tivemos várias tentativas de trabalho (...) e aí, no fim, a gente via que os funcionários estavam trabalhando e os moradores nem querer queriam, ficavam os funcionários trabalhando. Tiveram várias tentativas nessa parte aí. A gente vai renovando, fazendo na equipe,

na reunião, precisa observar isso aí, talvez a gente pensa em alguma coisa que vai dar certo e aí, no final, a gente acaba fazendo que nem os moradores, então a gente vê, pára, vamos tentar outra coisa vamos avaliar.

Sheyla – auxiliar de terapia ocupacional

A assembléia semanal de moradores foi introduzida como uma das atividades realizadas na Vila.

(...) quando fizeram a mudança em Trieste (experiência da reforma psiquiátrica italiana) da noite para o dia instituíram a Assembléia. (...) (aqui) só a equipe falava, os moradores não. (...) durante 25 anos eles tinham que nos obedecer, então da noite para o dia nas assembléias (a gente) quer que eles tenham essa autonomia, essa segurança de estar se colocando. (...) eles não podiam pressionar, criticar. (...) a primeira vez que teve um morador que foi fazer uma crítica a um funcionário (...) foi muito difícil. Porque tinham muito medo, antigamente se ele falava tinha choque, tinha punição. (...) pra gente, equipe, perceber que o morador quer, o direito, se gosta se não gosta foi muito difícil. Todo mundo tinha medo de ser punido.

Márcia – enfermeira

O desejo e o esforço para mudança se expressam inicialmente pela equipe e são vividos como se pertencessem quase que exclusivamente a ela. Segundo avaliação dessa equipe, o trabalho começa a deslancar apenas a partir de 1996, quando surge a possibilidade de os moradores receberem o benefício da Lei Orgânica de Assistência Social .

Janeiro de 1996 foi aprovada a LOAS, Lei Orgânica da Assistência Social. Dentro desta lei, tem o benefício da prestação continuada que é uma aposentadoria para deficientes, todos os tipos: visual, físico, mental. Porque tem caso que nem é deficiente. Mas a gente pegou uma carona e acabou tirando para todo mundo.

Sandra – gerente

(...)

Quando surgiu em 96, a gente providenciou para todos o que então foi um momento super rico porque na hora de tirar você tinha que ter a documentação dele, e a maioria não tinha, (porque) o objetivo era exclusão, então antigamente não tinha uma importância de solicitar documentação, família. E o objetivo era exclusão mesmo, não era para ter nenhum contato. Então a maioria deles não tinha documentação, ninguém tinha certidão de nascimento, era um ou outro que tinha. (...) Para tirar essa aposentadoria nós tivemos que ir atrás dessa documentação e nesse bolo a gente achou famílias, a gente achou documentos, às vezes os dois, às vezes só família ou documento e eles participaram muito ativamente. Então as assembléias ficaram muito mais ricas em termos de aprendizado, tanto pra nós quanto pra eles.(...) Mexeu muito com eles no sentido de lembrar do passado, de coisas boas e coisas tristes, muitos não lembravam nem do nome da cidade que nasceu, e tinha casos, tinham uns dois, que eles queriam os documentos, foi fácil de localizar porque tinha com alguém, então logo que eles começaram a receber...

Márcia – enfermeira

Tinha uns casos que tinham documento. Tinha uns dois, que tinham família. Logo que eles começaram a receber (...) todos começaram a querer roupa.

Sheyla – auxiliar

... a gente tinha mapa, traz um mapa da verdade. A gente falava pega o mapa da verdade. Às vezes, falavam nomes e que a gente achava que não existia. Então, eu acho que foi um momento rico, porque para fazer esse trabalho, a equipe acordou que tinha que estar próximo dos moradores. Não dava mais pra tanta distância, porque eles precisam valorizar a fala, porque às vezes os moradores falavam, e a gente ‘Ah! Imagina, isso não existe, é da cabeça deles’, mas nunca a gente ia checar, e muitas vezes eles estavam certos.

Márcia – enfermeira

A maioria das coisas foi descoberta pelos próprios moradores. Então, eu acho que a equipe aproximou muito mais (...) Éramos nós, a enfermagem, era atendente, auxiliar (...) vamos descobrir. Vamos, vamos.

Sheyla – auxiliar

A gente tem acesso a um carro e, por exemplo, tinha morador que viajava até Goiás e ficou dois ou três dias (...) então, sempre que dava eles iam para as viagens, muita gente usou muita emissora de rádio, morava na Bahia, no Paraná..... A gente achou muita gente assim.

Márcia – enfermeira

O projeto parece começar a fazer sentido para os moradores do hospício a partir do momento em que o dinheiro, excluído como ‘bem’ de paciente asilado e determinante para o reconhecimento do indivíduo na sociedade capitalista, surge como possibilidade de vir a ser adquirido. Por mais que houvesse o empenho de parte dos técnicos envolvidos na construção do projeto de reinserção social, sua prática se restringia ao âmbito assistencial. A busca de recursos que resgatem a condição de cidadão desses indivíduos transcende aquilo que está circunscrito à função dos profissionais que trabalham na área da saúde. Antes disso era possível tirar os pacientes do pátio para realizar atividades diversas, mas não para ‘modificar a situação’.

E aí foi tirada a documentação, o trabalho mudou porque veio o dinheiro. (...) Eu acho que o dinheiro despertou críticas neles (...), passam a prestar mais atenção na televisão, no preço de uma cama numa propaganda, passam a prestar atenção no jornal ...

Márcia – enfermeira

Às vezes tinha vontade de ter um som legal, mas não tinha dinheiro.

Sheyla – auxiliar

E mais adiante:

Eu acho que hoje eles têm críticas (...) dá sentido mais de pessoa. Passa por uma coisa mais de cidadania. Eu acho que a cidadania não é só isso, mas é um processo. Ele aprender usar o dinheiro, fazer seus planos de vida: o que ele quer com esse dinheiro, quer poupança, quer um dia ter uma casa. (...) por exemplo, ‘eu trabalhei a vida toda, hoje tenho dinheiro, vivi 40 anos no hospital psiquiátrico, agora tenho direito’. Isso dá outro sentido na vida das pessoas. É um salário. ‘Agora que eu recebo, não preciso trabalhar mais’. (...) o Galeano era um senhor já falecido que guardava muito dinheiro (...). Para morrer com dignidade precisava ter o dinheiro. Então, para o Estado, se não tem família, se a família não assume o velório, ele é indigente. Ele tinha uma crítica, era uma pessoa alfabetizada, era uma pessoa instruída. Aí foi feito, numa funerária, tanto que ele faleceu. Quando ele comprou a primeira roupa dele, ele quis uma gravata de marca ... uma roupa (para morrer) (...).

Márcia – enfermeira

A fala que surge na equipe do hospital que se encarrega desse projeto é a de que o benefício é um direito dessas pessoas que tiveram cerca de 30 anos de internação e que mesmo enclausurados trabalharam, e muito, na instituição asilar.

Sabemos que o trabalho nos hospícios é tão antigo quanto o próprio manicômio: “os doentes psiquiátricos, desde sempre e onde quer que estivessem, foram ‘postos a trabalhar’, para passar o tempo, para ganhar o direito a um cigarro a mais ou a meio copo de vinho, para substituir o trabalho dos funcionários do manicômio, para dar prazer à irmã, para reencontrar uma disciplina perdida, para produzir objetos artísticos” (SARACENO, 1999, p.127).

Nesse sentido, apesar de haver uma discussão relacionada à importância do trabalho naquilo que se refere à inserção social, não há uma preocupação da equipe em fazer uma reflexão sobre o sentido do trabalho ou de projetar programas centrados nele. A ênfase recai sobre como o ‘ex-paciente’ poderá desfrutar o novo momento de circular pelo espaço da rua, como vão colocar seus planos em prática, que podem ser relacionados ao trabalho, aos bens que querem adquirir, à casa que desejam habitar.

Estão fazendo tapetes para vender. Eles tinham mais atividades porque não tinham dinheiro. Aí quando veio o benefício, eles pararam as atividades. Mas o Dr. Almir falou que estava certo, porque era aposentadoria e aposentadoria trabalha quando quer, então não podia cobrar mais (trabalho).

Sandra - gerente

(...)

Como todos eles têm muito tempo de internação, 20 a 30 anos, eles trazem muito do trabalho que faziam na instituição. (...) Eles já têm certa idade também. É raro quem tenha 30 ou 40 anos. É gente de 70. Então, estão no momento do espaço da rua (...) tem gente que não gosta do serviço daqui de dentro (...) (sai) para almoçar.

Márcia – enfermeira

Cortar cabelo, fazer unha.(...) Quer comprar uma casa.

Alice – auxiliar de serviço social

Hoje, a maioria tem móveis próprios, tem mobília no quarto, frigobar. O Evandro comprou um som bacana, não é Evandro? O que ele queria. Então, o que vem do processo: as necessidades dos moradores foram sendo outras. Lógico, as necessidades básicas continuam (...), mas foram aparecendo outras necessidades da vida dessas pessoas. Plano maior de vida, de pensar mesmo ‘quero trabalhar’? Quero ir embora, quero morar sozinho. Tem os planos deles que podem extrapolar a realidade. A gente precisa discutir os planos para ver no que a gente pode ajudar.

Márcia – enfermeira

‘Eu vou morar sozinha, eu vou lá e pago minha água, pago minha luz’ (...) Ele pega o que ele quer, escolhe, etc., apalpa, isso não presta, vai logo, eu tenho que ir para outra loja (...) isso é importante para a gente.

Alice – auxiliar

A partir desse momento que todo mundo tirou identidade, os documentos, achamos famílias. Inclusive teve morador que conseguiu ir embora de alta daqui, tiveram alta da equipe ... um de 36 anos. Ele foi na família com dinheiro, uma família muito simples (...) o dinheiro facilitou para a família. Ele foi embora de licença, fizemos contato no ambulatório da cidade dele: fomos lá, explicamos o trabalho, demos uma retaguarda. Teve todo esse processo até que um dia a família resolveu discutir conosco sua alta. Que foi o dinheiro que também ajudou, que facilitou para essa mulher.

Márcia – enfermeira

Em síntese, com base nos depoimentos de funcionários do hospital, podemos constatar que o núcleo de convivência nasceu com a proposta de tirar os internos do pátio e buscar diminuir o número de moradores. Atualmente, moram 17 pessoas que saíram dos pavilhões e que podem contar com assistência ininterrupta de pelo menos duas auxiliares de enfermagem por período. Há na equipe, além dessas auxiliares, enfermeiros, médicos que fazem consultas diárias e auxiliares de limpeza. Numa proposta de reformulação que está em andamento, existe a possibilidade de incluir na equipe, num período parcial, um dos fisioterapeutas que desenvolve atividades no complexo hospitalar, com objetivo de desenvolver um trabalho de ‘reabilitação psicossocial’ e diminuir o problema de ociosidade entre os moradores (ficam sentados durante grande parte do tempo ou caminhando pelo espaço do complexo hospitalar).

Entre as atividades desenvolvidas pelos profissionais do Núcleo, que são de diferentes modalidades (assistência aos moradores no que diz respeito à medicação, cuidados pessoais e com a casa, apoio às atividades externas), incluem-se ações de promoção e assistência em saúde voltadas para os moradores da Vila terapêutica.

Alguns aspectos nos chamam a atenção nessa experiência. O objetivo de amenizar o sofrimento provocado pela estrutura do hospício mobiliza a equipe a iniciar a experiência do Núcleo. Exclusão associa-se a banimento da sociedade a partir da internação no hospício, à impossibilidade de ter um grupo social de apoio, uma família, um documento de identidade, um nome.

Uma proposta que se inicia com a necessidade de diminuir a população que freqüentava os pátios vai tomando forma, de um lado, por se considerar que quem traça os objetivos nesse processo são os próprios moradores. Não há vinculação do projeto inicial com uma proposta política preconizada por instâncias governamentais, pelo menos na representação dos envolvidos no processo de instalação do Projeto. Do mesmo modo, pouco se fala sobre processos de exclusão ou inclusão, tal como aparecem nas diretrizes políticas e/ou princípios orientadores da reforma psiquiátrica. Os termos mais freqüentemente utilizados para descrever os objetivos dessa proposta são ‘reinserção social’ e ‘cidadania’.

De outro lado, o projeto vai tomando forma mais consistente pelas condições objetivas que se materializam pelo dinheiro oriundo da LOAS. A procura pelos familiares, pelos documentos de identidade, a busca pela história, a origem, é viabilizada por aquilo que inclui os ex-pacientes psiquiátricos no âmbito das relações de troca, no universo do consumo. Em vários momentos da fala dos profissionais ‘poder de compra’ e ‘cidadania’ são associados. A insistência dos moradores que visitamos, seja das enfermarias, seja das casas no interior do hospital ou fora dele, de nos mostrar minuciosamente as várias mercadorias apresenta-se como fato relevante.

A partir da idéia fundamental e definidora dos rumos do Projeto – ‘quem traça os objetivos no processo’ é o próprio paciente –, equipe e moradores do hospital vão construindo um percurso que vai do hospício à cidade. No entanto, ao seguir essa pista, os profissionais não deixam de considerar que, apesar da inovação, muitos traços da cultura manicomial, principalmente os comportamentos cronificados, vão se mantendo em vários momentos desse processo.

Por mais que você crie coisas alternativas, ainda está dentro de uma cultura manicomial.

Márcia – enfermeira

4.2.2 – A Vila Terapêutica

Em 1987, nasce a Vila Terapêutica com cinco casas construídas com o mesmo objetivo que o Núcleo vinha buscando atingir: diminuir a população do pátio que era extremamente numerosa.

Aí algumas pessoas sem muitos critérios demonstravam, dentro da Unidade, vontade de ter uma casinha ou demonstravam ter condições, pelo menos experimentar, viver mais decentemente do que naqueles grandes pavilhões, de ter uma certa autonomia, um pouco de iniciativa. Então, aí nasceu a idéia dessas casas. Quando eu entrei já estavam construídas. Na época tinha homem e mulher nas casas que foram também dos grandes pavilhões com o objetivo de diminuir a população dos grandes pavilhões. (...) Aí nasceu a Vila, tinha casa de homem, de mulher, na época moravam 20 (pessoas). Também veio esse benefício (LOAS) que facilitou muito. Enfim, alguns rapazes se conheceram e passaram a namorar, e com um tempo da vila passou a surgir outras necessidades nas pessoas. Aqueles objetivos iniciais, a gente estava vendo que não estava sendo atingido. Então, cumprimos uma missão. Só que aí foram surgindo outras necessidades, aí começou: ‘eu quero transar’, ‘eu quero casar’, ‘quero (...)’, ‘quero trabalhar’, ‘quero carteira assinada’, ‘quero tomar remédio sozinho’. Outras necessidades que a equipe jamais pensou.

Márcia – enfermeira

As casas já haviam sido construídas dois anos antes da inauguração, mas estavam fechadas, pois não havia profissionais que se dispusessem a assumir a tarefa de viabilizar um novo espaço de morada aos ‘pacientes’ dos pavilhões.

Essas casas tinham sido construídas no governo Montoro e ficaram um ou dois anos fechadas, ninguém queria pegar.(...) (Era) para os pacientes de longa permanência, de pátio, no Governo Montoro. Aí ficou um, dois anos fechado, porque ninguém queria assumir e nem pegar, então o Dr. Almir, que era o diretor na época e que é o atual também, falou ‘olha ninguém quer pegar eu pego’. Convidou quem gostaria de entrar e a gente entrou.

Sandra – gerente

Atualmente, as cinco casas estão estruturadas para acolher três moradores. Sua área construída comporta um quarto grande, sala, cozinha, área de

serviços no fundo e um quintal de terra com plantações: laranja, limão, mamão, caju, ou o que quiserem plantar. Na parte da frente há muitas plantações e bancos espalhados debaixo das árvores. As casas são simples mas confortáveis, em todas elas há, na cozinha, mesa, cadeiras, fogão e geladeira; na sala, dois sofás, aparelho de som e televisão; nos quartos, três camas, três guarda-roupas, aparelho de som e televisão (às vezes mais de uma unidade). Cada casa possui um profissional de referência para assessorar os moradores nos mais diversos tipos de demanda (medicação, limpeza de casa, acompanhar aos serviços de saúde, compras, etc.) que variam de casa para casa e de morador para morador.

O que a gente percebeu é o seguinte, antigamente a gente trabalhava setorizado. Isto é do serviço social, isto é da enfermagem, isto é do médico, isto é da terapeuta ocupacional, isto é do atendente. Então, a gente viu assim, que na verdade você acabava até dividindo o morador. Eu da enfermagem vejo banho e medicação, a terapeuta ocupacional vê os trabalhos manuais, a psicóloga vê a parte do atendimento individual, a assistente social só conversa de família. Então, na verdade, até para o morador era muito complicado, porque conversa de família com fulano, conversa de dor com cicrano.(...) Assim mesmo, cada setor tinha um impresso: cor-de-rosa do serviço social, azul da psicologia, amarelo da enfermagem. Cada um anotava sua metadinha lá. Hoje não, hoje é único, todo o mundo anota na mesma folha, exceto a profissão médica, que tem a sua folha. Todo o mundo faz anotação, todo o mundo tem acesso à pasta para anotar. Aí a gente passou a trabalhar com o funcionário de referência. Ele começou quando veio o benefício. Como ensinar individualmente como usar o dinheiro, receber o dinheiro. Aí a gente se dividiu, independentemente de sua formação. Com o tempo veio mostrando que com alguns moradores o vínculo se estreita e aí essa referência passou a ser mais procurada, independente do (...) de cada um. Falar de angústia, de planos. Passou a procurar mais aquele funcionário que sai com ele para a cidade. Aí a gente partiu para uma discussão que esse funcionário de referência, deveria ser funcionário de referência do morador, não da aposentadoria, mas da

pessoa. Hoje a gente está tentando fazer o plano terapêutico de cada um, está sendo obrigação da instituição.

Márcia – enfermeira

Sobre o trabalho e a relação da equipe:

Mesmo auxiliar que vem do hospital geral, a experiência dele, o instrumento de trabalho são coisas objetivas: dei dez banhos de leito. Chega aqui é a relação. Então teve auxiliar aqui que pirou. Tem que ir pra lavar roupa, tem que ir pra culinária, tem que ir pra cidade. Isso não é meu, entendeu? (...) por mais que a equipe conversasse, quero clínica médica, geriatria (...), assim é também para as outras, o psicólogo com a formação de consultório, de atender, ele vai ter de olhar morador cortar unha, ou cortar unha pra ele. Se precisar orientar para o banho, ele vai.

Márcia – enfermeira

Em relação ao trabalho dos moradores, alguns deles realizam atividades na Oficina de Tapetes que funciona no Hospital, outros realizam ‘trabalho informal’ dentro da própria Vila.

Esse quartinho é da Maria Lúcia. A Maria Lúcia lava roupa pra fora. Tem pessoas que não gostam de lavar roupa. Então, paga para ela lavar. Para desospitalizar, o hospital deixou de fazer várias rotinas, serviço de lavanderia (...) O objetivo (...), ficar independente da instituição, é desospitalizar mesmo. E resgatar a cidadania que ficou perdida, muito tempo de pátio.(...) Tem um pessoal que não gosta de lavar roupa, conta para ela como é.

Sandra – gerente

Eu lavo para elas, lavo mas recebo não é? (...) Ganhei R\$ 13,00 ontem.

Maria Lúcia – moradora da Vila

Apesar de estarem no espaço do complexo hospitalar e de terem profissionais de referência, os moradores têm livre acesso à cidade, alguns continuam morando na Vila, por não terem conseguido localizar nenhuma pessoa da família, ou por não terem estabelecido nenhum tipo de vínculo na cidade, ou por opção.

Rubinho é um desses moradores que não quer se mudar para a cidade. Entende que as casas da Vila são do Hospital e não sua, mas prefere continuar morando em uma delas. Foi internado em 1976, aos 23 anos, e desde então perdeu todo o contato com os familiares. Ele foi criado numa cidadezinha próxima e teve uma vida difícil. Trabalhava na lavoura desde pequeno, a mãe, dependente química, morreu alguns anos antes de sua ida para o Hospital Paraíso. Ficou morando um tempo com o segundo padrasto, responsável pela internação.

Rubinho fala baixo, pouco e de forma truncada sobre sua história pregressa. Sobre a escola e os estudos:

Fiz até o quarto ano. (...) Tinha que fazer uns desenhinho lá, que desenhava, não prestava atenção na aula, que eu não aprendia, né? Depois que eu fui aprendendo um pouquinho. (...) Depois, com 18 anos, já na escola de fazenda (...) trabalhava, mas é que a aula era de manhã e a gente tem que trabalhar cedo. Eu ia na escola de manhã e à tarde eu ia pro serviço, não deu pra aprender direito. (...) Não tinha escola como tem hoje.

Sobre a família:

(O pai morreu quando era pequeno; moravam na casa) eu, minha mãe e o padrasto. Eu tive dois padrastos, um branco e um preto. Esse preto era (...) pra eu. Ele me internou. Ele e outra velhinha que eu estava na delegacia. Me levaram pra delegacia, e o delegado (...), de lá veio pra cá. (fala sobre a internação, mas está ininteligível). Trouxeram pra cá. Eu ficava lá (na delegacia), ele me levou. (...) Ficava preso lá (ouvia vozes). Queriam que eu voltasse pra X (cidade de origem), eu não aceitei. (...) Me trouxeram pra cá eu estou até hoje aqui, estou bem.

Mas sobre sua vida na Vila e sobre assuntos atuais, sua fala flui.
Sobre o cotidiano da casa:

Às vezes eu cuido da casa, limpo a casa ... cuido da casa. Assisto música, assisto televisão. O som lá ... (mostra um dos aparelhos de som). Tem dois. Tem um aqui e outro lá (no quarto).

Sobre a ida à cidade:

Quando eu recebo vou comprar alguma roupa, um calçado, né? Comprei sofá, televisão. Só que o (um funcionário) foi comigo (...), mas pra comprar aquele som ali eu comprei sozinho, ele foi comigo, mas eu comprei sozinho aquele ali, oh! (...) A televisão comprei eu (mesmo) porque eu já tinha o CIC já, eu comprei com o dinheiro do Zé Ramos (...) Ele tinha bastante dinheiro, eu pedi pra ele emprestado pra ele pra pagar ele também.

Sobre seus objetos:

(...) Tem CD, rádio e toca-fita. Agora a televisão é estéreo ... é estéreo ... só que não dessas modernas (...) que mostra hora, essas coisas, assim. Ela é boa ... ela não é dessas modernas ... ela é boa.(...) Eu vou ligar pra você ver a imagem dela. Controle remoto (...) caiu no chão, quebrou, coloquei esparadrapo. (Muda a TV de canal) (...) só que esse canal é ruim, né? Não pega nada, nem de domingo, não presta, ele é ruim sempre. Tem que por a televisão na TV a cabo, né? Pra pegar os canal certinho. (...) (Para instalar) É muito difícil e tem que pagar também, né? Ali onde eu almoço parece que tem a linha (para a TV a cabo)... pode ligar ali. Eu vou ligar? Eu não. Deixa do jeito que está mesmo. Tá bom demais.

Rubinho conhece bem as marcas dos aparelhos eletrônicos e tem preferência por uma delas. O que mais ele gosta é de música; costuma gravá-las e se responsabilizar pela animação de festas na Vila, apesar de ser uma pessoa quieta. Tem um papel importante nas assembléias de moradores, apesar de parecer

desconfiado quanto ao papel de liderança que lhe é atribuído. Numa delas, em que estivemos presentes, fez algumas recomendações sobre aquilo que considera importante nas casas, por exemplo, todos os moradores deveriam sentar-se à mesa para fazer as refeições e não sair ‘*com a marmita pela mão*’ pelo espaço comum da Vila, e nem comer com a boca muito cheia, pois afinal de contas não estão mais “morando no pátio”. Sugere que as tarefas possam ser divididas nas casas, de forma que “cada um fica responsável por um dia”.

Já lhe foi atribuído o papel de coordenador dessas assembléias, mas ele se mostrou crítico em relação a isso, não entendendo isso como uma tarefa que faça alguma diferença em sua vida. Haverá uma nova eleição:

Não sei não, (dá risada) qualquer um pode ser coordenador. (...)
Qualquer um pode ser coordenador, né?

Rubinho não apresenta traços explícitos de cronificação, é inteligente e independente. Poderia morar numa casa na cidade, mas como já dissemos anteriormente, não faz essa opção. Com tantos anos de internação e com a perda dos frágeis laços familiares, estes foram substituídos pela vinculação com os profissionais no Núcleo e da Vila, por quem tem grande apreço.

Os funcionários vêm aqui, vem vê aqui, vem até pega limão no quintal, essas coisas aí ... mas eu falo assim, colega que é meu nunca veio aqui não. Não sei porque não veio aqui (...) Desde que eu estou no hospital não vieram aqui, não. (...) Só encontrei um, só uma vez (na cidade) (...) quando encontrei lá falei para ele vir aqui, ele não quis, porque ele não veio. (...) Não tenho ninguém aqui, não. (...) Só tenho uma irmã em São Paulo, e um irmão que eu não conheço ele. Nunca vi a cara dele, não conheço de jeito nenhum ele, nunca vi ele, nem sei que jeito que ele é ... Tenho uma irmã em São Paulo, num sei nem onde que ela mora mais.

Se não há com quem compartilhar, Rubinho vai ficando, cercado/protegido pelos muros do hospício, fazendo gentilezas às funcionárias da Vila Terapêutica: sempre que pode oferece algo para esta equipe, como por exemplo,

pizza na hora do almoço, pois ‘*os funcionários fazem muito*’ por ele e, portanto, ‘*merecem*’ tais gentilezas. Tal atitude não se restringe a ele; presentear os funcionários queridos faz parte do universo hospitalar. Mais uma vez, o dinheiro que internos e ex-internos passaram a receber permite que estejam numa outra posição que não é apenas de paciente.

Fiquei muito feliz (com a aposentadoria). Agora falta arrumar para aquelas duas lá.(...) Para aquelas duas pacientes que mudaram aqui (novas moradoras da Vila). Quando eu estava no pátio, uma funcionária chamada Antonia tomava conta de um monte de paciente que está aqui. Aí, quando ela casou, eu não tinha nada para dar pra ela (...) Depois que eu vim pra casinha aqui eu comprei uma saladeira para dar pra ela de presente. (...) Uma saladeira. Igual uma que eu tenho, só que é maior. Dei uma pro Dr. Almir, dei uma pro Dr. Pedro. Um que tratou de mim também quando eu estava doente, um que tratou de mim, eu dei uma saladeira para ele também, e uma para o Dr. Pedro, e uma para o Dr. Almir. O Dr. Almir é de cabeça, e o Dr. Pedro é ginecologista (...)

Fada – moradora

Raramente tal apreço se manifesta com aqueles que não são funcionários e estiveram sempre no papel de ‘paciente’.

Lá enchia. Só tem um paciente que está internado aí no pavilhão que vem cá pra pedir café (Falam da insistência dele e riem).(…) Damos, porque se não ele fica aí amolando. Fica batendo na porta, amolando, pedindo. (...) Os funcionários falam ‘você já teve preso que nem ele (...)’.

Fada - moradora

As únicas referências para a maioria dos moradores são os profissionais e os colegas que passaram pela mesma situação e que conheceram durante o tempo de internação.

Na Vila, Fada mora com Nilva e Helga numa casa, Rubinho mora com Ademir e Zeca. Uma outra casa é habitada por um casal que realizou um casamento simbólico no hospital: Maria Lúcia e José Antonio.

Não casaram no civil, porque perdem o benefício. Pela lei não vale a pena. Então eles casaram numa festa junina que teve, foi um casamento... vestiu roupa de noiva, já compraram a cama, o guarda-roupa.

Sandra – gerente

Maria Lúcia tem 43 anos, foi casada e não sabe quando foi internada no Paraíso, sua referência principal hoje é o marido.

Eu vim pra cá porque não deu certo... Não, eu fui de licença e ... fui de alta, né? E num deu certo (...) não, meus irmãos brigavam comigo, num davam remédio na hora certa, eu tinha que tomar remédio sozinha, eu fiquei doente. (...) A minha vida no meu casamento (atual) foi bom. A vida no meu casamento foi ótima. Eu tinha esperado encontrar um homem carinhoso como ele, bonzinho, educado, respeito.

Maria Lúcia – moradora da Vila

José Antonio, 59 anos, foi internado aos 29 anos, segundo ele devido aos ‘ataques’ (convulsões) que tinha com frequência, ‘*dava muito trabalho*’ para as pessoas. Começou a namorar Maria Lúcia no Hospital e lá reconheceram como legítimo o matrimônio. Os dois trocam olhares ‘apaixonados’, abraços e beijos constantemente na presença da pesquisadora. Maria José mostra a casa, os objetos dando destaque para o armário da cozinha, fotografias antigas tiradas no hospital e, com orgulho, as fotos do casamento. Maria José solicita à pesquisadora o gravador para fazer uma mensagem de amor ao marido.

Aqui é a Vila Terapeuti, a Vila Terapeuti. Então eu tô fazendo uma mensagem pro meu marido e tô fazendo uma mensagem para ele de

amor. E abraços, beijos, aperto de mão e saudade. Oração. Abraço, beijo.

E canta:

Que beijinho doce que ele tem
Depois que eu beijei ele nunca mais beijei ninguém
Mas que doce apertado, suspiro ... e amor sem fim
Quando a gente ama que quer coisa faz pra mulher relembrada
O vestido dela, da mulher amada tem muito valor

Apesar da declaração de amor, como todos os casais, vez ou outra eles se desentendem. Maria Lúcia fica angustiada nesses momentos e José Antonio se preocupa, nessas ocasiões, com seu estado de saúde, pois *'fica muito nervosa'*. Numa dessas ocasiões em que estivemos na Vila, pudemos presenciar o choro desesperado de Maria Lúcia. Dizia que José Antonio lhe abandonaria porque ela estava muito nervosa. Ele havia fechado a porta de casa, ela bateu e ele não abriu. Continuou batendo na porta. José Antonio demorou a atender, Maria Lúcia se desesperou. Ele abriu a porta calmamente. Maria Lúcia, chorando, implorava seu perdão. Antonio, sorrindo, diz que ela precisa ter cuidado para não quebrar as coisas. Ela o abraça e lhe pede um beijo. Ele, tranqüilo e sorrindo, corresponde. Maria Lúcia fica feliz.

O casal namorou e depois de morar por um tempo sob o mesmo teto, em uma das casas da Vila, foi morar na COHAB junto com uma outra antiga moradora da Vila, chamada Sofia. A saída para a cidade foi marcada por conflitos. Maria José, segundo relatos dos profissionais da Vila e de Sofia, adaptou-se muito bem; perdeu temporariamente características que a identificavam como paciente psiquiátrica cronicada. Além disso, ela não teve problemas de saúde. Não reclamou de nenhum sintoma e “não parecia mais a mesma Maria Lúcia”.

José Antonio, ao contrário, teria regredido; começou a ter vários sintomas na cidade. Arranjou vários desentendimentos até que conseguiu voltar à casa de onde havia partido. Ele explicita que sentia saudades da Vila e das funcionárias, e relata:

Aquela gente já brigaram muito com nós. Num quer fazer uma cama pra nós, num quer fazer um almoço, num quer limpar a casa, quer ficar folgado na cama, pra assistir televisão à noite e de madrugada, faz uma barulheira de televisão, ninguém dormia de noite. Aí eu falei pra ela, pra Sofia: ‘Sofia, dá pra abaixar a televisão? Nós estamos querendo dormir!’. Aí, ela falou assim: ‘Ah, a televisão é minha, eu aumento o que eu quero’. Você não vai abaixar a televisão? Não vai fazer almoço pra nós? Eu vou falar pra Cátia, eu vou sair da Cohab, aí eu vou pro Santa Tereza. (...) Aí eu falei pra ela: ‘Oh, você tá brigando muito com nós, você fica jogando água fria na gente; briga com ela, deixa ela nervosa, num tá dando certo’. Falei pra ela assim: ‘Dia 31 nós vai voltar pro Paraíso’. Num vai mais morar com ela, falei pra ela.

José Antonio e Maria Lúcia voltaram a morar na Vila e não têm planos de sair novamente. Ela hoje aparenta ter grande dependência de José Antonio. Este, por sua vez, demonstra independência, mobilidade e livre arbítrio no ir e vir entre o hospital e a cidade. O universo do hospital parece ser seu quintal, e a casa da Vila definitivamente seu lar. Em algumas ocasiões demonstrou preocupação com as pessoas que não têm teto; uma delas foi quando passava uma reportagem na televisão sobre a situação de pessoas que moram embaixo do viaduto, José Antonio comenta com tristeza que tem “muita dó de quem não tem um lugar para morar”. Zezé o abraça nesse momento e lhe dá alguns beijos.

Enfim, o casal morou na cidade, por alguns meses, numa casa que haviam adquirido junto com Sofia na COHAB, mas não se adaptaram e voltaram para a Vila. Esta é uma preocupação de parte dos profissionais que trabalham no Hospital:

Se a gente não tomar cuidado a gente acaba nem ajudando esse pessoal sair. O hospital dá uma segurança muito grande e todo mundo acha que é muito melhor viver aqui, porque é a cultura do hospital: aqui dá tudo, é melhor do que lá fora. Só que tem que experimentar, todo mundo que vai gosta(...) Alguns têm dificuldade, têm resistência (para sair), mas depois acabam ficando.

Sandra – gerente

Maria José e José Antonio tentaram sair e não se adaptaram, Julinho, Fada e Nilva não pretendem sair, porém vários antigos moradores do hospital já se mudaram para a cidade e não querem retornar. Esse é o segundo grupo que habita a Vila. Vinte dos antigos moradores estão na cidade, morando nas Pensões ou na COHAB. Há um outro grupo que foi morar com a família, depois do trabalho realizado pela equipe.

Tinha até família que já tinha dado eles como mortos. A Joana que morava aqui, a família já estava achando que ela tinha morrido. (...) já celebrava missa, porque procurou em todo lugar, procurou, procurou.

Sandra - gerente

É ela sumiu de uma hora pra outra.

Márcia – enfermeira

A Maria Helena, uma moradora daqui, de 42 anos, morou internada. Com oito anos a família muito pobre, pôs ela num colégio pra viver melhor com as freiras, ajudando. Quando ela estava com 14 ou 15 – isso a gente leu na pasta dela do Juquery – ela começou a dar problema no colégio, as freiras levaram ela lá e a abandonaram, aí ela ficou. De lá transferiram para Americana, que fechou por maus tratos, aí colocaram ela aqui. E aqui nesse período, em 86, começou – até foi a Carolina que (...). Eles falavam Pirassununga, e os assistentes sociais na época, logo que ela chegou, foram procurar em Pirassununga que é uma cidade aqui perto, só que Pirassununga era uma fazenda lá perto de São Jose dos Campos. Daí achou todo mundo.

Sandra – gerente

Caraguá também. Via que era uma fazenda que tinha também em São José dos Campos, também em Caraguá. Só que como tinha Pirassununga, rodaram, rodaram em Pirassununga e não tinha nada a ver. Eles falavam que ela não falava coisa com coisa. E Americana,

a gente foi lá também. Teve um problema de administração lá, uma rivalidade, e parece que algumas pessoas puseram fogo nos arquivos de propósito. Aí o administrador alegou que pegou fogo.

Carolina – auxiliar

Mas tratou a gente tão mal!

Sandra – gerente

Foi você que foi comigo na primeira vez, não é? Até que a gente foi onde (...) um funcionário muito antigo, um senhor falou ‘isso aí foi (...), eles puseram fogo de propósito’. Aí a gente foi parar na prefeitura, foi falar com a administração, mas não teve jeito, eles não davam dado nenhum pra gente. Não tinha nada. Não tinha história nenhuma dela, não tinha (...). Ela falava de Caraguá, mas a gente pensava assim como você ir daqui para Caraguá. Porque o Hospital não fornecia diária para ficar em hotel e nem pensão. E a gente não tinha condição de pagar. Pra começar o combustível. Aí, a gente conseguiu através da saúde de lá, uma moça conseguiu uma casa que era da amiga dela, que era casa de praia. Aí a gente foi, foi uma aventura. Aquela noite a gente passou inteira acordada, porque estava tão confortável! (risos)

Carolina – auxiliar

Tinha tanto pernilongo!

Marta – auxiliar

Quanto pernilongo que tinha. A gente quase morreu ...

Carolina – auxiliar

Você não dormia. Era um monte de zumbido, de mordida. Aí ela quis ir na praia, lembra? (...) Mas a água era suja, suja (...) Esse é um trabalho que deu certo porque (...) foi uma retaguarda da saúde com a comunidade. Então, primeiro por telefone, a gente se apresentou, explicou do que se tratava, marcamos o dia – a Carolina sempre junto – apresentou a Maria Helena, contamos o histórico, depois foi na casa da irmã, levou a irmã no ambulatório, apresentou, porque eles iam dar toda retaguarda, acompanhar (ininteligível: mas parece que Maria Helena não queria ficar mais e a Carolina ia ao

posto de saúde colocar a situação). (...) Aí entrou o PT também, foi bom por isso também. Ajudaram de todos os lados, inclusive no benefício, como usar o dinheiro, como ajudar a irmã e dividir o orçamento da casa. Porque aqui (...), chegou lá, precisou dividir os gastos da casa. Foi difícil, mas a gente conseguiu.

Sandra – gerente

No caso dela foi assim, a gente teve que entrar num trabalho com a prefeitura, tivemos que procurar a prefeitura, tanto a prefeitura e procuramos uma parte que era do outro lado da cidade, que era assim, a parte que atendia a região da cidade, terapia ocupacional, essas coisas de atividade, para que ela não ficasse o tempo todo só com a irmã e na retaguarda, essa gerente, já tinha gerente lá. Próximo da casa dela era o outro posto que atendia toda a parte medicamentosa e que ia dar retaguarda, toda ligação. Toda vez que precisasse telefonar era mais próximo, mas ligado também ao outro local (...) até a prefeitura.

Carolina – auxiliar

S: Foi uma rede de cobertura, foi ótimo.

Sandra – gerente

C: Tanto ela, quanto a irmã dela, mas foi uma luta.

Carolina – auxiliar

O primeiro ano ela ligava, não é, Carolina? Agora ela não liga mais.

Marta - auxiliar

O empenho da equipe de trabalhadores, como podemos perceber, transcende o desenvolvimento de atividades circunscritas ao cargo ocupado no hospital. Há uma mobilização que abre brechas na estrutura institucional e permite a ação criativa, a simbolização e, assim, a circulação de representações, que se produz a partir da negação do institucionalizado. Uma contradição se explicita nesse processo: o projeto de reinserção social carrega a extinção da instituição dentro da qual nasceu e na qual trabalhadores e moradores passaram vários anos de suas vidas. Alguns membros da equipe mencionada estão trabalhando num período de tempo

equivalente ao tempo de internação de vários ‘pacientes’. Ambos, trabalhadores e ‘pacientes’, desenvolveram nesses longos anos estratégias para poder sobreviver, mas ambos estão num processo não muito distante para a saída do hospital, seja pela aposentadoria do trabalho, seja pela inserção na cidade.

As instituições, ao serem analisadas, revelam um caráter paradoxal: por um lado, são lugares pacificados e expressam um mundo que funciona sob a égide das normas interiorizadas e que permite, apesar de não se ter consenso total, um acordo para se levar adiante a obra coletiva. Por outro, as instituições são lugares que não podem impedir a emergência da violência que se estabelece a partir do momento em que normas, valores, etc., se impõem independentemente da escolha de seus membros (ENRIQUEZ, 1991).

De acordo com Kaës (1991, p. 1), na instituição somos confrontados com a violência da origem e com a imago do ancestral fundador, “somos arrastados na rede da linguagem da tribo e sofremos por não conseguir que a singularidade da nossa fala se faça reconhecer”.

As instituições já existiam e vão continuar a existir independentemente de seus membros. “A violência parece ser assim substancial para a vida institucional, na medida em que procede da legalidade que exige que os homens renunciem à satisfação das suas pulsões e na medida em que, fazendo isso, é capaz de reacender os combates entre os iguais e favorecer o desejo de transgressão das interdições” (ENRIQUEZ, 1991, p. 55)

Entretanto, a violência institucional não se reduz à violência legal. Quando um grupo é instituído, novos mecanismos se instalam: projeção ao exterior, por parte dos sujeitos, de objetos interiorizados; ataques contra vínculos institucionais, por parte dos sujeitos que utilizam eletivamente tipos primários de defesa (clivagem e rejeição); afirmações ditatoriais ou indiscutíveis, proliferação de mentiras tornam-se freqüentes, já que a própria instituição favorece as lutas pelo poder (ENRIQUEZ, 1991).

O projeto de reinserção social no conjunto de atividades do Hospital Paraíso é criticado, questionado, ‘não entendido’, principalmente pelas equipes que continuam desenvolvendo atividades tradicionalmente relacionadas à psiquiatria e aos asilos. O propósito de deixar seguir o processo de desinstitucionalização a partir

da escuta literal dos pedidos dos moradores do hospital parece ser, no âmbito institucional, o aval para a utilização de todos os recursos possíveis para o alcance dos objetivos, mesmo que tais recursos sejam ressignificados num sentido oposto àquele que lhes deu origem: por exemplo, a afirmação de uma deficiência mental para que os pedidos de pagamento de benefícios referentes a LOAS sejam justificados.

(Quando) o hospital era dividido por setores (...) o serviço social, que cuidava de família, aí chegava uma hora que falava ‘encerrado socialmente o caso, nada foi encontrado’. Porque esse trabalho nosso com o ser humano não tem fim, mas a gente escrevia isso nas fichas. Quando saiu o benefício, um dos critérios para ter o benefício era ter conta em banco. Para ter conta em banco exigiram o CPF e a carteira de identidade. E a carteira de identidade só tira se tiver a certidão de nascimento original. Aí nós começamos em cima da família. Aqui na Vila tiveram quatro pessoas que saíram com as famílias porque as famílias foram achadas devido à certidão de nascimento, e essas quatro famílias consideravam o morador morto. (...) A família também estava perdida e foi nessa procura. Porque aí, quando você precisa desses documentos, você procura todas as pistas, você vai atrás de tudo, tudo, tudo. Esse serviço não é acabado como a gente escrevia. Então, hoje ainda continua, porque tem alguns setores do hospital que não faz esse trabalho. Agora a Carolina está procurando o das duas que subiram (duas novas moradoras, uma oriunda do Núcleo, e outra, da Vila). Já tem pistas também. Elas ficam abandonadas. Tem alguns casos que o problema principal é o abandono e não a sintomatologia.

Sandra - gerente

O trabalho, como vimos, não se restringe à obtenção do benefício de aposentadoria. A busca de recursos fora do hospital – pedidos de subsídios às prefeituras de diferentes cidades, principalmente através dos conhecidos que nelas trabalham, para garantir viagens realizadas em busca de familiares dos moradores, para viabilizar casa e emprego a esses moradores – explicitam a disposição e criatividade dos profissionais diante de velhas equações que se referem ao papel do

Estado. A disposição em ‘atender aos pedidos’ dos moradores do hospital, embora carregada de ambigüidades, vai aos poucos possibilitando a construção de um caminho em direção à cidade.

4.2.3 – As Pensões Protegidas

O pessoal mudou para cá (Vila Terapêutica) em 87, quando foi em 89 eles começaram cobrar a gente porque já queriam sair fora do cotidiano hospitalar. Eles já estavam saindo, namorando e eles queriam mais. Começaram até a cobrar que queriam morar fora, na cidade. Aí começamos a conversar, a discutir. Teve uma primeira idéia de pensão protegida: o hospital alugaria uma casa, montaria, levaria comida, acompanhava. Foi (o projeto) para São Paulo, ficou um ano rodando em São Paulo, voltou negado. Aqui, ao mesmo tempo o hospital estava passando por um problema interno de administração, que foi muito ruim, para mim foi um dos piores períodos que já teve aqui. Isso em 89. Foi quando o diretor da época queria fechar a Vila. (...) Foi uma loucura. Tirou comida, porque ficava muito caro para o Estado. Estávamos num estágio em que cada casa fazia a sua comida. Foi muita loucura. Depois de uns dois anos (...) teve a idéia de um projeto de pensão, de começar a abrir o projeto para a comunidade. Então a gente começou a visitar as obras sociais sem fins lucrativos e mostrando nosso projeto de montar em conjunto com eles. Algumas das entidades gostaram, a maioria era espírita. Passa por uma licitação pública de qualquer serviço. São convidadas umas oito entidades, comparecem algumas. Aquela que apresenta a melhor casa e o melhor preço ganha a concorrência. A gente vai visitar, fazer vistoria, ver se realmente é o que está no papel. Aí já está sendo preparado, tem vários grupos interessados. Depois de um tempo, de ficarem nas pensões, quiseram ter casa própria. Aí começamos ir na Câmara Municipal, COHAB. Nós convidamos a COHAB para vir numa reunião. Eles ficaram muito sensibilizados – era o governo Palocci. Eles liberaram em questão de pouco tempo, três casas de COHAB para a gente.

Sandra – gerente

A Vila Terapêutica corresponde ao último estágio de permanência no Hospital. A saída pode se dar para Pensões, casas compradas ou casa de familiares.

Quando eles vão para as Pensões, eles recebem alta hospitalar e são inseridos na rede (de saúde). Vai fazer parte do ambulatório, onde tem atendimento (medicação. ..). Aí fica assim, recebe alta hospitalar e essa entidade que ganha escolhe um orientador.

Márcia – enfermeira

Seria o acompanhante terapêutico nosso, mas não pode ter uma finalidade de saúde.

Sandra – gerente

É uma pessoa leiga. É uma pessoa da comunidade. É uma pessoa que participa da entidade que ganhou. Eles escolhem uma pessoa com um perfil que eles acham que mais ou menos pode fazer parte. Essa pessoa é quem vai estar acompanhando esse grupo na casa que recebeu a alta. Desde a administração da casa, inserção... O objetivo maior é inserir a pessoa na comunidade. Essa pessoa, esse orientador é quem vai acompanhar esse grupo lá fora, que não tem mais nenhuma ligação com o hospital. Por exemplo, acompanha no médico, no ambulatório. Vai junto, vai fazer despesa. O objetivo é que o grupo que recebeu alta também desvincule do orientador, que não fique na dependência eternamente. No início têm uma dependência maior, alguns, pois depende de cada um. Por exemplo, a parte de lazer. O que a pessoa pode fazer na comunidade, ela vai vendo tudo isso e não é só a parte de saúde e de doença, mas como essa pessoa pode viver lá fora. Então o orientador faz esse trabalho. A gente, no início, quando eles mudam, faz visitas com frequência, até para ver a atuação desse orientador (...) ele faz tudo. Então tem gente, isso aconteceu duas vezes, que a gente precisou trocar de orientador. Aí, quando vê que as coisas estão andando, a equipe daqui distancia, reúne uma vez por mês todos os orientadores e a equipe do ambulatório de saúde mental – são dois profissionais que dão essa retaguarda. (...) O que a gente quer é que a equipe do

Ambulatório, uma equipe do Ambulatório para o programa de Pensões.

Márcia – enfermeira

Seria bom se a prefeitura também desse essa retaguarda.

Carolina – auxiliar

Ia aliviar um pouco. Agora, talvez tenham as residências assistidas. Talvez com essa vinda do novo prefeito, agora a gente consiga, pois ele deu essa assistência no governo dele. Aí entra mais uma vez a questão de nossa postura, porque muitos deles – não todos – muitos deles, quando vão procuram muito aqui. Então, se você acolhe, fica uma coisa muito confusa. Não é que você vai fechar a porta e com esse não converso mais. Mas até onde você agüenta, a hora que ele vem aqui trazer alguma dificuldade, como é que você lida com isso? Muitas vezes você pode reforçar essa dependência, como muitas vezes a nossa atuação vai incentivar essa independência...

Márcia – enfermeira

O vínculo é forte. Principalmente aqueles de 20/30/40 anos (de internação). Esses procuravam a gente.

Sandra – gerente

No início a gente não queria que voltassem, mas queria dar colo toda hora, queria pegar no colinho. Agora a gente não (...) Se for necessário, a gente entrar em contato com a orientadora da casa, a gente fala ‘olha você vai para tal lugar, procura tal lugar’, você devolve. Mas no começo foi muito complicado.

Carolina – auxiliar

Um aspecto considerado fundamental no Projeto de reinserção social do Hospital Paraíso diz respeito ao processo de ‘alta hospitalar’.

É assim, o nosso trabalho, porque a gente dá alta, terceiriza. Agora, por exemplo, outros lugares não têm alta. Só mudou de casa e tem uma pessoa que acompanha as 24 horas, mora lá. Porque eles ainda

têm a AIH do hospital. (...) (Quando a alta é dada) perde a AIH e a verba, essa ONG que ganha a licitação faz o contrato com o Estado para prestar serviços para o Estado. A documentação é enorme, desse tamanho. (...) Isso foi tudo inventado. Então a diferença é esta, porque eles têm alta.

Sandra - gerente

A primeira pensão mudou em 1993, onde a Sofia está hoje. No dia da mudança, a Carolina estava – estávamos juntas eu, você e a Cláudia – na hora da mudança lá, quatro mulheres, acabamos de fazer a mudança tudo, aí vira a Cláudia ‘gente é muito bom, mas a casa não tem grade. A janela dava na rua. A gente tinha ido, visto a casa, estava tudo certo. (...) Na primeira semana, cada dia dorme uma aqui, não tem cama, mas eu durmo no sofá’. Fizemos uma escalinha ‘agora vamos lá dentro para falar com elas’. A hora que nós falamos com elas, nós levamos um ‘não’, fizeram uma crítica com essa história de a gente querer dormir lá. Aí, depois, discutiu ‘o que é que a gente estava querendo. A gente não estava querendo isso? Que as pessoas sigam o seu caminho?’. A hora que elas estão conseguindo, nós do hospital vamos lá e dizemos ‘nós vamos dormir aqui’?

Márcia - enfermeira

O momento que marca a passagem do hospital para a cidade é carregado de ambigüidade, seja pelo lado dos moradores, seja pelo lado dos trabalhadores. Estes sentem o peso da responsabilidade, indagam até que ponto será possível a sobrevivência daqueles que deixam o hospital sem a tutela, marca da relação estabelecida nessa instituição. A dúvida que oscila em torno de quando e como cortar o ‘vínculo’ mascara essa situação que é típica de passagem. A impossibilidade de pensar sobre ela torna, em alguns momentos, inaudíveis aqueles pedidos que mobilizaram a criação do projeto contra-institucional.

Os moradores de hospital, por sua vez, se apegaram a fragmentos de coisas e a relações que serão transformadas ou desfeitas no novo momento que se processa. São as relações que lhes permitiram continuar vivos depois de tantos anos

de violência e clausura. Ao que vão se apegar agora se estas podem ser ‘desfeitas’ e se *aparentemente* só restaram fragmentos?

Se vários ‘ex-pacientes’ do hospital trilharam o caminho até a cidade e chegaram até a adquirir uma casa própria, isso não significa ato de libertação sem dor, como já vimos. Em alguns casos, a dor e a nostalgia substituem o ideal de liberdade postulado por projetos de desinstitucionalização.

Fátima, moradora por 35 anos no Hospital Paraíso, é porta-voz dessa situação. Atualmente mora sozinha em uma das casas (Pensão Protegida), instalada num bairro periférico da cidade; tem como companhia um cachorro de quem cuida tão bem quanto cuida de sua casa. Vizinha à sua casa está a Pensão onde moram Tânia e Carmem. Elas saíram da Vila Terapêutica para morarem numa mesma Pensão, mas os conflitos foram grandes e acabaram se separando.

A casa de Fátima é bem arrumada, queixa-se de que era “tudo muito encardido” quando as outras duas vizinhas moravam com ela na mesma casa. Pitt é o nome de seu cachorro, que já morava com ela no Paraíso e agora ocupa o espaço interno da casa e o quintal. Ela faz comida especial para seu bichinho de estimação todos os dias, pois “ele gosta de frango”. Para ela, diariamente faz “fubá e leite quente fervido com açúcar”. Parece gostar da arrumação de sua casa: mostra um quarto com duas camas de solteiro, uma estante que estava bem arrumada com seus pertences, os móveis que comprou ainda quando morava na Vila Terapêutica com Fada, há 5 anos. Quer ter notícias de Fada, saber quem está morando com essa sua antiga companheira de casa. Apesar de se sentir melhor após a separação das casas, anuncia que não está gostando de onde está morando, porque quando sai não sabe voltar.

Tânia e Carmem parecem indiferentes quanto à nova moradia. Esta faz parte de um conjunto constituído por cerca de outras seis casas, instaladas num bairro periférico para população de baixa renda, que foram construídas lado a lado num grande corredor. Uma casa dá de frente para a rua. As demais foram construídas até o final do terreno, sendo que a passagem é esse corredor. Todas são separadas por muros e possuem um pequeno quintal, todas têm quarto, sala, cozinha, banheiro. Apesar de simples, são arejadas e com boa infra-estrutura. A vizinhança, principalmente o grupo de crianças, parece solícita.

Ao serem indagadas sobre o Hospital Paraíso e o local onde moraram anteriormente, Tânia responde que nem sabe “o que é o Paraíso”. Depois se recorda que este é o nome do hospital. Carmem se manifesta, dizendo que preferia continuar morando lá, Tânia não tem a mesma opinião e sugere à colega que então volte para lá. Carmem justifica:

Lá não precisava limpar a cozinha.

Fátima tem opinião semelhante à de Carmem. Antes de emití-la, recorda fatos de sua vida anterior à internação. Fala sobre a cidade em que nasceu, sobre o pai, sobre as dificuldades relacionadas às condições de vida, principalmente quando vai morar com um homem com quem teve filhos, “passava com água e açúcar”. Chegou a se prostituir por este motivo, mas o marido descobriu e ameaçou-a de morte. Fugiu com os filhos, mas posteriormente perdeu a guarda deles, que foram internados ‘*no juizado de menores*’, cujo endereço nunca conseguiu obter: “penei muito nesse mundo”. Foi moradora de rua, foi presa, mendigou.

Numa conversa com a assistente social que acompanhava a pesquisadora, Fátima expressa sua vontade de voltar ao Paraíso por se sentir sozinha e não saber andar pelo bairro.

Por que você não aprende a tomar ônibus?

Fátima: Eu não sei, eu fico perdida.

Você não gostaria de aprender a tomar ônibus?

Fátima: Não, eu não gosto não, eu fico perdida. A Vilma, que dava remédio pra

mim, foi me deixá no ônibus ...

Se você morar em uma casa que seja mais perto do centro (da cidade), você acha melhor? Você vai sair mais de casa?

Fátima: Eu vou sair.

Você sairia? Porque eu acho que você não gosta de morar nesse bairro, nesse lugar aqui.

Fátima: Eu gosto, mas eu fico sozinha tem hora.

Você acha que foi bom a separação da Tânia e da Carmem?

Fátima: Eu achei.

Por quê?

Fátima: Eu já estava sofrendo do coração.

Agora você acha que a vida lá no Paraíso é tão boa assim? Se você estivesse lá naqueles pavilhões?

Fátima: Lá não, eu queria morar nas casinhas (da Vila).

(risos)

Ah, mas morar na casinha é um contrato. Morou na casinha e depois vai para a cidade, não é? A gente tem que voltar a ser cidadão, não é?

Fátima: Mas não tem gente lá ainda?

Tem, mas devagar vão saindo. O duro de ser cidadão é que a gente ao mesmo tempo em que tem vida boa, a gente tem que pagar as contas. Tem que pagar a conta, tem que morar sozinha, tem que sentir medo, não é?

O processo de passagem do hospício para a cidade é carregado de sofrimento e dificuldades, porém, em grande parte dos casos, este é mobilizado por um plano a ser atingido. Constatamos o grau de angústia e sofrimento que acompanha cada novo passo a ser dado rumo à cidade. Pudemos acompanhar, durante nossa pesquisa, a saída de duas ‘pacientes’ internadas nos pavilhões do Hospital Paraíso para morarem, uma, no Núcleo e, outra, na Vila. O ímpeto de voltar para o Pavilhão acompanhado pelo desespero e decepção em alguns momentos se alternava com a euforia, a alegria e a calma de outros momentos. Pudemos conversar com uma ex-moradora da Vila, chamada Linda, que se mudou para uma Pensão por vontade própria, depois de tantas vezes se recusar a pensar nessa situação. Quando sua colega da Vila, que vinha fazendo planos de mudança há algum tempo, se viu com as malas nas mãos e desistiu de sair para a cidade, a recente moradora da Pensão não hesitou em dizer “eu vou”. Linda foi para experimentar e não quis voltar mais. Levou o que podia na época, parte de seus móveis ficou Vila. Com a ajuda dos profissionais do Paraíso, está buscando um lugar para deixá-los guardados enquanto mora na nova casa com três simpáticas senhoras – Branca, Madalena e Gracinha –, que foram as primeiras moradoras da Vila Terapêutica a sair para a cidade, na primeira Pensão instalada no ano de 1993.

Esta casa tem uma boa infra-estrutura, é bem cuidada e está localizada num lugar nobre da cidade. Linda, 47 anos, está em processo de adaptação na nova

casa. Diz estar feliz na sua nova condição, está namorando um rapaz do bairro e gosta de seu novo lar. Gosta de mostrar seu quarto, seus pertences, suas fotos, os quadros com pôsteres de atores e cantores sertanejos pendurados na parede ao lado de sua cama, o aparelho de som e as músicas que gosta de ouvir.

Branca e Madalena transitam pelo bairro e pela cidade com desenvoltura. Branca, com seus 79 anos, é responsável por parte da limpeza da casa. É possível vê-la caminhando pelo bairro com seu carrinho de feira, principalmente nos dias de feira. Branca, utilizando-se do fato de ser ex-paciente do Hospital Paraíso, solicita alimentos aos donos das barracas da feira e depois faz doação. Queixa-se de que, muitas vezes, quem mais precisa não aceita ajuda.

Madalena não fala com palavras, por ser muda, mas se comunica com facilidade. O nome e a data de nascimento foram escolhidos por ela quando era moradora do Hospital Paraíso, pois foi internada sem documento e sem nenhuma pista relacionada a familiares. Na casa, gosta de cozinhar e costuma ficar brava se invadem seu espaço ou impedem que desempenhe essa sua função. Sempre que recebe seu pagamento, contrata um taxista para levá-la passear pela cidade.

Gracinha sofreu um acidente vascular cerebral e perdeu autonomia e independência. Com o benefício da LOAS, ela paga uma pessoa que lhe ampara nos cuidados pessoais necessários. Eventualmente, Gracinha sai de casa com essa acompanhante para ir a alguma festa de aniversário ou outra comemoração que se refira aos ex-moradores do Paraíso.

As moradoras dessa casa contam com uma pessoa que as assessora em algumas atividades como fazer compras, planejar as atividades da casa, acompanhar ao médico. Esta pessoa, denominada orientadora, foi designada pela ONG que ganhou a licitação para administrar os recursos financeiros necessários para manter a casa.

Cada uma aqui é de um jeito. Tem umas que caminham mais devagar, outras caminham mais rápido. Umas se dão muito bem fora, outras têm mais dificuldades. Aquelas que têm mais facilidade, como a Sofia (antiga moradora dessa Pensão) – você sabe que ela mora na COHAB, não é? Faz tempo que eu não a vejo. A Sofia foi uma que teve facilidade, principalmente lá fora. Não tanto como dona de casa, mas lá fora (...) Para ela se virar, para ela ter amizades,

saber pagar uma conta, ir ao banco, ter responsabilidade, principalmente com as contas e compromissos, ela foi ótima. E tem aquelas mais limitadas, que você tem que estar ajudando mesmo. Às vezes esquece o remédio, de tomar o remédio que o médico passou. Então elas têm suas limitações. Mas de maneira geral, eu acredito que elas estão super bem e bem melhores do que estariam no hospital. (...) Agora tem a Graça que está com suas limitações. Aqui mesmo ela está muito mais bem cuidada do que se fosse comparar com um asilo ou alguma coisa assim. Aqui ela tem uma pessoa só para cuidar dela. Ela tem o salário dela, então ela pode estar pagando esse dinheiro. É até uma ajuda que ela passa, porque ela não tem gasto, então ela paga uma pessoa que ajuda dar banho nela, alimentação, tudo e outras necessidades que tem, dar os remédios, trocar as fraldas que ela usa. (...) Mesmo tirando a poupança, o salário dela quase dá, porque ela não tem gastos. A alimentação não se compra com o salário delas. É só com gasto pessoal. Quando elas saem do hospital, elas saem com uma aposentadoria. Mas o Projeto dentro da Pensão Protegida, eles ganham a casa, água e luz e alimentação, então eles não gastam com alimentação.

(A rotina da casa) É normal como se fosse dona de casa. Ela levanta e vai fazer comida, a Madalena. A Branca fica com a parte de varrer a casa, lavar o banheiro. Se precisa comprar alguma coisa, elas saem. À noite elas assistem um pouco de televisão, uma vai para a rua. Mas elas vão dormir cedo, voltam entre oito e meia e nove horas, mas não me pergunte onde foi. (risos). (...) Às vezes eu pergunto, e elas respondem: ‘eu tenho mãe? Eu tenho mãe para ficar falando onde eu fui?’. Então elas são adultas para sair, iguais a gente, não é? Você é dona de si e você não dá satisfação. Mas eu aprendi muito com elas, às vezes você passa algum nervoso (...) muita mania que elas tinham de tudo o que chega, estar guardando nas gavetas, escondendo, essas coisas elas já não têm mais. No hospital era assim, se não escondesse debaixo do colchão as coisas sumiam. Agora, aqui, não. Agora elas têm uma coisa, podem deixar lá, sabem que têm que dividir e aí realmente elas se sentem como uma família. A Linda chegou, foi bem recebida, não é Linda? A Linda não teve dificuldades para se entrosar não. Ele veio aqui dia

30 de maio, quer dizer, já era junho. Faz dois meses, junho e julho. Ela veio dia 30, não deu nem um mês e meio. Ela se sente muito bem. Ela vai à igreja, ela vai à missa nos domingos, já está conhecendo o pessoal aqui em volta. E a Linda já não sente vontade de voltar, não é Linda? Ela se deu bem. Às vezes tem alguma dificuldade, principalmente de (...) que dá muito problema porque já não vem de família unida, morar no mesmo quarto, na mesma casa (...) E a Linda se adaptou muito bem. Porque não são aquelas pessoas iguais, que entende uma pessoa que realmente .. totalmente normal, que fala olha não pode ser assim, tem que ser assim (...) Mas aqui, graças a Deus, elas têm uma compreensão de vida aqui fora e de responsabilidade. Isso ajuda muito, facilita (...)

Janete – orientadora

Sobre a organização da casa, a divisão de tarefas e o papel da orientadora:

A limpeza da casa, eu perguntei uma vez: ‘vocês vão pagar para fazer a limpeza ou vocês vão fazer?’. Aí elas falaram que elas mesmas iam fazer. Então eu chego e já começo. Vou tirando alguma coisa da geladeira, elas vão lavando e devolvendo limpo. Aí eu aproveito e faço, eu limpo a geladeira, o fogão, às vezes, eu dou uma lavada. Eu jogo água e depois eu ligo o forno para secar. Faço as coisas mais pesadas. Mas hoje você vê, a cozinha está limpa, elas passaram o pano do jeito delas, mas passaram. Uma vez por semana ou a cada 15 dias a gente lava, a gente faz uma faxina. (...) (Elas preferiram fazer o serviço) porque elas têm, elas pegariam o dinheiro delas. Alguma coisa elas têm que fazer. E elas dão uma ajuda para a casa também, para comprar gás, varejão. (...) Tipo assim, o dia que vão receber, cada uma dá R\$ 20,00 para os gastos, porque se não elas ficam com todo o salário sem (...) Tem que ajudar, tem que passar alguma coisa, eu acho que já é até um aprendizado para elas. E você vê que é tudo organizadinho, elas não tem que fazer muita coisa.

Janete - cuidadora

São bem quistas na vizinhança:

De início eu achei que tinha um pouco (de preconceito), porque principalmente de domingo elas levantavam às seis da manhã já discutindo. Agora não, acho que os vizinhos têm tanto carinho por elas, já se acostumaram, alguma coisa que vêm diferente já se preocupam, sabe? Às vezes vêm aqui, o vizinho de baixo pergunta como que está. Se eles vêm ambulância eles vêm, então eu acho que o pessoal não tem mais não. De início eu acho que tinha sim, mas também elas tumultuavam muito (risos). Agora a Branca fez um tratamento também e na parte da bebida melhorou bem. Foi juntando várias coisas e aí foi melhorando a convivência. Aí eles sentiram também que não tinha perigo, porque se você vê uma briga assim, não é só as pessoas que saíram do sanatório, porque (menciona que isso acontece com outras pessoas).

Janete – orientadora

Apesar de, no Projeto de reinserção social, as pensões protegidas serem consideradas como lugar transitório, de conjunção de recursos que possibilite a saída para uma casa que seja definitivamente de seu próprio morador, isso parece não fazer parte dos planos desses moradores. Com exceção de Sofia, que tinha o sonho de ter uma casa própria, já que de todos os irmãos ela era a única que ainda não a possuía, as pessoas que visitamos e com quem conversamos referiram estar muito bem e não pensar em partir para essa nova mudança. Branca é enfática e convicta ao dizer que não pretende se mudar, apesar de ter sido contemplada com uma casa da COHAB:

Eu adoro esse lugar!!

Este também é o caso de Ângela, Onofre e Carvalho, moradores de outra Pensão. Ângela e Onofre estabeleceram, como outros casais que moraram no Hospital Paraíso, um compromisso matrimonial.

Conheci ele lá (no Hospital Paraíso)... Aí, falei: ‘vamo namora, bem?’ Namorei e não casemo porque perde a aposentadoria.

Ângela – moradora da Pensão

Carvalho mora com o casal:

Eu nasci lá no estrangeiro. Eu sou estrangeiro e minha mãe mora lá em Cajuru. Chama Josefa (ininteligível) Soto. Até o nome é estrangeiro. (...) Perto da Alemanha, numa Vila. Eu vim novinho. Eu estava até mamando. Eu estou com 74 anos. Eu vou completar agora dia 28, desse mês.

Carvalho ficou internado no Paraíso por mais de 30 anos, morou na Vila Terapêutica, denominada por ele de ‘coloninha’, pela comparação que faz com as casas de colônia de fazendas antigas.

Lá é bom, é sossegadinho. (...) (Mas) aqui é melhor.

Onofre, quando saiu da Vila, morou um tempo numa casa da COHAB, mas não se adaptou.

A primeira vez que eu fiquei aqui (na cidade) eu fiquei no centro, aqui no Branca Salles. Eu fui morar lá naquela casa, o vidro ficava todo quebrado. Sabe quem mandou arrumar? Foi a Sandra. (...) Eles começavam a brigar lá. Aqui é mais sossegado, eu não gosto muito de barulho, sabe? A gente não quer mais (sair daqui).

Onofre

Eu também gosto mais daqui. Viu, você sabe o número da minha casa agora, não é?

Ângela

(...)

Aqui é melhor. O que tem de bom é que nós estava lá no hospital, lá no hospital e então nós ganhamo alta. Ganhamo alta e depois viemo morar aqui na Pensão Protegida, Pensão Protegida. Quer dizer que então aqui é a casa da gente, não é? A gente pegou e saiu, então é bom para a gente sair de lá para não fica lá dentro. Os que tiver mais melhor, então eles sai e fica aqui na pensão, fica aqui. Então aqui

tem o serviço de casa que a gente mesmo faz, porque ficá lá dentro é ruim, né? Fica preso lá toda vida? Então quer dizer que a gente saiu de lá pra melhor pra gente. Aqui a gente sai, passeia, anda, não fica preso lá dentro. É melhor.

Onofre

Lá fica preso.

Ângela

Na vila não fica preso não, saíam. Tinha umas casinhas numa rampa assim pra cima e lá a gente ia morar. Lá era bom também, mas aqui é mais melhor, porque está de alta.

Onofre

Como vimos, alguns dos ex-internos do Hospital Paraíso não se dispõem a morar na cidade, seja nas Pensões, seja numa casa própria comprada pela COHAB. Lembremos que Maria Lúcia e José Antonio, depois de iniciarem o pagamento de parcelas daquela que seria sua casas, retornaram para a Vila. Outros ex-pacientes, como Onofre, Branca e Madalena, gostam muito de morar na cidade, mas se recusam a sair das casas alugadas, denominadas Pensão. Além das justificativas dadas, por quem não saiu, quem saiu e voltou e quem saiu e gostaria de voltar, sobre as responsabilidades que precisam ser assumidas nesse outro contexto e sobre a separação dos funcionários do Hospital, o tema ‘perigo na cidade’ é recorrente:

Têm as ruas. É perigoso, né? Muito perigoso, muito trânsito. É ruim ficar atravessando a rua. (...) Se vacilar um pouquinho, jogam a gente longe.

Rubinho – morador da Vila

Aqui (na Vila) é melhor e eu não tenho vontade de mudar não, é muito perigoso lá fora, tem assalto. (...) Esse José Serra aí que quer fechar o hospital. E esse governador que morreu aumentou nossa aposentadoria só que o dos funcionários não aumentaram. (...) E o Fernando Henrique é muito ladrão. Prometeu de ajudar os pobres e

não está ajudando as pobreza. O povo do Nordeste está passando fome, deu lá no programa do Faustão. Filho de mãe lá matando motorista, querendo matar motorista com a faca pra roubar. (...) (Passou na televisão) a mãe dele estava desempregada (...) não queria que os filho roubasse. O outro filho ia montar o caminhão dele pra roubar (...) o caminhão dele parou assim, subiu todo mundo em cima do caminhão pra roubar as coisas. A mãe dele falou assim 'não quero que meu filho rouba'. (...) E o Fernando Henrique estava falando que mandava cesta básica pra eles. Coisa triste, viu. Todo mundo lá passando fome, que tristeza.

Fada – moradora da Vila

Apesar de haver um reconhecimento, quase unânime, sobre a situação de violência que hoje está instalada no meio urbano, estivemos com outros ex-moradores do Paraíso que, orgulhosos por terem adquirido sua casa pela COHAB e de poderem se instalar nela definitivamente, praticamente desencadearam a possibilidade de ampliar a proposta de Lar Abrigado ou de Pensão Protegida.

Ernesto é um deles. Além de todos esses problemas presentes na cidade e de uma certa mágoa em relação ao afastamento dos funcionários do hospital, que não vão visitá-lo, comenta bem humorado:

Morando na COHAB tem que trabalhar, não tem tudo feito não. No hospital tem funcionários que cuidam, agora não tem mais ninguém. Tem de trabalhar mas é bom, o lugar é bom.

O lugar é bom para Ernesto apesar das ruas movimentadas e sem pavimentação nas calçadas para pedestres, dos terrenos mal cuidados que funcionam como depósito de lixo e que cheiram mal, dos roubos:

Tem pessoas que não gostam de trabalhar e vão roubar.

Os problemas com os quais se depara são típicos do segmento populacional que reside nos conjuntos habitacionais populares, afastados do centro, sem infra-estrutura e com pouco investimento do Estado. As questões que surgem,

nesse novo contexto, para os ex-moradores do Hospital Paraíso vão se afastando cada vez mais daquelas relativas ao hospício e se aproximando dos problemas enfrentados num outro tipo de segregação relacionado à pobreza, que é próprio da sociedade capitalista.

4.2.4 – As casas de COHAB

Nosso problema objetivo é reinserção social. (...) O Ernesto, ele morava aqui (na Vila). Foi tão interessante.(...) Um dia ele foi conversar comigo no serviço social e até uma conversa que nem tinha objetivo. Eu coloquei que ele estava muito bom, que ele não tinha condição de continuar morando no hospital, pois com toda bagagem que ele trazia ele podia pensar em morar lá fora. No outro dia ele me procurou ‘Oh, pensei a noite inteira e eu vou’. Aí eu liguei para a prefeitura de Franca, na época uma prima minha era assessora da primeira dama. Eu falei ‘olha, nós estamos precisando de uma cobertura assim, assim, porque ele é de Franca’. Quando ele internou, ele alugava um cômodo e deixava tudo dele. Como ele ficou aqui e não tinha alta, o pessoal jogou tudo que era dele fora e alugou o quarto dele para outra pessoa. Então, ele não tinha alta porque não tinha onde morar. Ela falou ‘nós estamos construindo uma casa transitória e daqui um mês e meio fica pronta e a vaga dele já fica guardada’. ... ‘Oh, a casa transitória está pronta, mas você precisa ir conversar pessoalmente porque eu preciso te apresentar para o prefeito. Nós temos que fazer a ficha dele tal e tal’. Aí fomos eu, ele e a Cátia, outra assistente social que me substituíra aqui na vila. Não tinha essa história de coordenação. Aí a gente apresentou, fez ficha, conversou. Ele era muito conhecido em Franca, aí a gente falou com o ex-patrão dele que já estava arrumado um lugar para ele e se ele não colocaria ele para trabalhar. Ele falava ‘Oh Ernestinho, eu vou te arrumar um emprego, mas se você ficar brigando’, ele briga sabe, ‘eu não fico com você’. Aí arrumou o emprego, arrumaram a casa, nós fomos levar a mudança. O pessoal do serviço social achou a maior loucura do mundo, fui muito criticada, porque imagina, colocar um paciente na rua sem lenço e sem documento.

Chegou lá, eles deram toda a assistência porque era ele. Nessa casa transitória ele poderia ficar só três meses. Ele ficou o tempo que precisou, que foi um ano e meio. Aí ele colocou a namorada (Marisa) dele. A minha prima arrumou emprego, porque lá tinha uns milionários, para Marisa. Só que chegou lá, os critérios que eles queriam, a Marisa não passou. Era assim gente muito rica que tinha uma chácara. Ela ficaria ali como uma governanta, atendendo telefone, administrando, anotando recado. Lá tinham várias empregadas, era mais para ajudar ele, não quiseram. Fomos numa outra casa também, não quis porque não falava, era para tomar conta de uma criança porque a mulher tinha começado a trabalhar (...). Aí ficamos esperando. Até que ele veio aqui e disse 'oh vocês têm que resolver. Eu gosto dela, quero casar com ela. Franca já fizeram de tudo, não deu certo. Aí ele já tinha saído da casa transitória e estava morando na fazenda desse patrão dele que era muito amigo. Aí a gente chamou a COHAB. Ficaram sensibilizados, adoraram e deram a primeira casa que foi a dele. Mas era assim, as piores condições. Eles dão um cômodo de tijolo, ele tinha R\$ 2.800 juntado para acabar a casa. Foi uma graça, ele fez até cômodo demais que não precisava. Ele tem coisa até hoje que é para acabar a casa, mas já endureceu o cimento... está tudo lá, você viu? Está tudo entulhado. Muita coisa ele não consegue jogar fora. Quando veio a mudança dele de Franca o patrão pôs um caminhão da fazenda, do grande, grande para trazer tudo. Veio lotadinho para caber lá. Então ele é uma pessoa que ficou muito feliz e casou. Depois casou no civil e então aí a gente começou. Chamamos a COHAB para uma conversa e uma outra. Aí a COHAB falou que fazia uma parceria com o hospital. Aí levantamos uma papelada para fazer um convênio e deu mais as duas casas. A gente está esperando mais, porque em 98 foi aprovado um Projeto Lei também por insistência nossa, também do hospital Paraíso. Eles fizeram um Projeto de lei, aprovando 10 casas para o Hospital Paraíso. (...) Então a COHAB fez esse convênio e deu mais duas casas. Aí cobra, cobra, cobra e mudou. O prefeito saiu, ficou esse novo prefeito que recusava a atender a gente. O presidente da COHAB, uma vez a chefe do serviço social marcou uma reunião com todos os moradores das Pensões, a Cátia do

ambulatório, a Valéria e eu. Chegamos lá, ele estava no local mas mandou falar que estava em São Paulo. Foi uma loucura. Aí teve uma vereadora que entrou com um projeto na Câmara. Nós fomos, todos da Pensão, todos da Vila na Câmara nesse dia. Lotamos a Câmara. Foi aprovado por unanimidade: Projeto de Locação Social, onde a Câmara Municipal dava dez casas para o Hospital Paraíso para esse Projeto nosso. Até hoje ainda não saiu.

Sandra - gerente

Há, no município onde se localiza o Hospital Paraíso, quatro casas compradas por ex-moradores do Hospital. Visitamos e acompanhamos algumas atividades realizadas por eles. Ernesto vive com a esposa Marisa. Existe uma relação dele com o Hospital porque ele presta serviços de jardinagem em alguns espaços, entre estes, o Núcleo e a Vila. Na segunda casa que visitamos moram Gabriela e o casal Antonio José e Anita. Eles são assistidos por dois profissionais de um serviço específico de saúde mental.

A terceira casa é habitada por Sofia, que está só, pois o casal com quem havia se mudado (Maria Lúcia e José Antonio) não se adaptou à nova morada e voltou para sua antiga casa na Vila. Uma das justificativas apresentadas pelo casal se refere à relação com a vizinhança, principalmente com as crianças. Uma questão de extrema relevância relacionada ao projeto de reinserção social se explicita nessa justificativa: como se dá o encontro do morador do hospital com o morador da cidade? Quais novos significados podem emergir nesse encontro? Qual o trânsito possível?

Se, entre os trabalhadores de saúde mental o ‘olhar discriminatório’ não se dissipa:

Porque quer queira, quer não a gente carrega essa cultura antiga. Sem mudar isso dentro da gente e ver de outro jeito, acho que, às vezes, é até muito sofrido. Eu acho que o que a gente tem aprendido são com os nossos próprios furos ... e com eles, que nós temos discutido nas reuniões de equipe. Pelo menos na minha experiência, eu pego o livro e o que me ajudou hoje é o que eu vivo na prática, aí eu leio, aí eu relaciono. Isso tem sido bem enriquecedor, dá para

fazer a relação ... as coisas não são estanques, a prática e a teoria. (...) quer um trabalho diferente, mas é um macro-hospital. É um modelo superado, mas é muito forte encerrar isso. Teve uma moradora aqui – eu sempre conto, porque para mim foi um grande insight – uma das vezes que ela foi à cidade, logo que ela foi, ela foi com uma companheira e se perdeu. Aí ela se encontrou com uma funcionária do hospital, e a funcionária ‘olha, eu estou indo, eu te levo’. Nós aqui já ficamos tudo alarmado ‘ela ficou para trás’. Essa funcionária encontrou e a trouxe de carro. Aí nós chegamos em reunião de equipe com o Dr Almir, que nos ensina, ‘olha, a Lúcia se perdeu com a Maria Augusta, mas está tudo bem, porque encontrou uma funcionária’. Ele disse ‘que pena, ela perdeu a chance de (se virar)’. Aquilo para mim foi, sabe, quando você fica o dia inteiro com aquilo. Por que é lógico que você vai usar o bom senso. Deu um certo horário, isso não significa que você vai cruzar os braços. Mas realmente ela perdeu a chance, como ela ia se virar? O que será que ela ia fazer? Você não sabe.

Márcia - enfermeira

Na comunidade esse mesmo olhar se explicita:

Tem uma situação que é bombardeio para todos os lados. Qualquer coisinha que acontece (na comunidade), eles ligam aqui queixando. Você entende? A Anita uma vez foi assaltada e o delegado ligou aqui – eu e a Márcia estávamos fora do hospital – e acabou com a Maria Izabel (auxiliar).’ Quem era o diretor do hospital que estava fazendo tanta loucura de pôr paciente lá fora e ser assaltado e que eles estavam lá na polícia fazendo ocorrência e que o paciente do Paraíso tinha que ficar aqui dentro’. A Maria Izabel falou: ‘o senhor, o senhor vai me desculpar, mas eu também fui assaltada e eu não sou do Paraíso’. Outro dia também, ligaram na minha casa do Hospital Beneficência, o Cido (morador de Pensão) estava doente e foi para lá. E eles queriam uma pessoa que entendesse para explicar. Eu falei – porque o João (outro morador da mesma Pensão) estava doente e o Cido que acompanhou – ‘quem entende tudo são os dois, pois eles moram juntos’. Aí ‘e para explicar isso e isso, e eles não

são pacientes?’. Eu falei: ‘não, eles moraram aqui por muito tempo’, inclusive os dois não tomam nem psicotrópico. E aí, depois de muita briga, acabou entendendo e um ficou responsável pelo outro na internação, e quem podia explicar todos os sintomas. Eu não moro com ele, o que eu podia explicar? O que a pessoa estava sentindo? O que aconteceu? Por que foi levada lá? Então a comunidade ainda tem essa (...). melhorou bastante.

Sandra – gerente

Se o conhecimento do estigma leva à explicitação do olhar preconceituoso sobre o (ex)morador do Hospital, a ‘não informação’ sobre a procedência desse sujeito, o encobrimento ou a manipulação da informação oculta que desacredita o sujeito (GOFFMAN, 1988), permite que sua circulação esteja livre temporariamente do ‘olhar discriminatório’.

Para falar a verdade, lá fora todos eles ficam diferentes. O Ademir, o trabalho que ele deu aqui para comer, cigarro para todo lado. Chega lá fora num restaurante, numa lanchonete, ele se porta que você não acredita. Ele vai sair para fazer compra, ele vê orçamento, vai aqui, vai ali. Vê onde é mais barato, escolhe as melhores coisas. Aqui dentro todo mundo implica (...) tanto que fica uma coisa maior. Agora a gente vê isso e quem não sabe do problema também não percebe que eles são do Paraíso. Só que em algum lugar que procuram, todo mundo dá um grito, você entende? Por que estão lá fora e não aqui?

Sandra – gerente

Pudemos observar essa ‘isenção’ do olhar discriminatório por parte de pessoas que não conhecem a história dos ex-moradores do Paraíso, quando tivemos a oportunidade de acompanhar Anita, Antonio José e Gabriela nos seus afazeres rotineiros pela cidade: receber no Banco o benefício da LOAS, pagar contas, fazer compras no supermercado, locomover-se do centro para o bairro onde moram, na periferia. Ao observarmos a relação que se estabelece entre eles e os outros clientes do Banco ou do Supermercado, não percebemos olhares de estranhamento. Na fila do Banco destinada a clientes que não são ‘preferenciais’, não há diferenciação entre os

ex-moradores do Paraíso e os que nunca passaram por lá, apesar de alguns sinais de cronificação que ainda não se dissiparam de acordo com o olhar dos profissionais de saúde mental: são pessoas simples que estão na fila, que estão lá com o objetivo de receber aposentadoria, pagar carnês e que, provavelmente, moram em bairros e casas semelhantes a esses três ex-internos.

Os comportamentos que podem ser identificados como sinais de cronificação se manifestam principalmente na relação com o serviço de saúde e com os profissionais desses serviços. Há situações que parecem incomodar os técnicos em saúde e que, às vezes, são associadas a tais comportamentos e a pólos de conflitos entre estes técnicos e os novos moradores da cidade. Tais situações, como a forma de lidar com o tempo, a organização da casa e o uso do dinheiro, podem ser exemplificadas pelo cotidiano de Anita, Antonio José e Gabriela.

Eles contam com a ajuda de profissionais de um serviço ambulatorial de saúde mental para fazerem a compra mensal e receberem o dinheiro do benefício. Os profissionais marcam o dia e a hora em que eles devem estar na Unidade de Saúde, porém freqüentemente burlam essa regra. Ouvimos, mais de uma vez, funcionários dos serviços de saúde dizerem que os moradores da cidade pouco ficam em casa e que é preciso avisá-los quando vão realizar alguma visita e lembrá-los dos compromissos que têm. Mesmo assim, às vezes, eles não cumprem com o combinado.

Anita, Antonio José e Gabriela chegam com duas horas de atraso. Anita justifica que dormiram até tarde e por isso perderam a hora. Apesar das cobranças de parte da equipe para com os três moradores da COHAB, pudemos observar que atrasos, perda do dia da consulta não são exclusivos deles; são acontecimentos freqüentes no Serviço Ambulatorial como um todo, incluindo os próprios trabalhadores da saúde.

Anita expressa, numa outra ocasião anterior a essa, um certo incômodo com as cobranças que recebe dos profissionais, por exemplo, sobre a forma como ela, seu marido e Gabriela cuidam da casa. Ela coloca empecilhos no recebimento da pesquisadora em sua residência, pois esta se encontra suja e tem preguiça de limpá-la: “tem sujeira do cachorro”, e se a funcionária do Ambulatório souber “vai brigar” com ela. Antonio José pondera, dizendo para Anita não se preocupar, que isso não é problema e que ele pode limpar a casa para receber essa

convidada. A visita foi feita, a partir do convite de seus moradores, após a compra realizada no supermercado, sem ter sido combinada previamente.

A casa se localiza num conjunto habitacional na periferia, possui infra-estrutura adequada e tem dois quartos, sala, cozinha, banheiro e quintal. Apesar de eles não se preocuparem em manter seus pertences, como roupas, objetos pessoais e mantimentos, nos lugares onde tradicionalmente se supõe que estes deveriam ser guardados, há uma preocupação em enfeitar a casa com quadros, bibelôs, vasos. Anita, recentemente, havia comprado um espelho, que usualmente é pendurado na sala, para colocá-lo no banheiro. Tal atitude foi alvo de críticas por parte da técnica em saúde mental, que freqüentemente orienta e acompanha esses moradores no pagamento de contas e nas compras mensais. Além do valor relativamente alto que foi ‘pago num espelho para ser usado no banheiro’, segundo a profissional de saúde mental, Anita comprou um chinelo para dar de presente a uma pessoa com quem não tinha muita intimidade e, mais do que isso, uma pia para a cozinha com um valor não condizente com o padrão de renda desse grupo de moradores. Na tentativa de ajudá-los a organizar e distribuir adequadamente o dinheiro, a profissional vai se irritando ao perceber que havia outras pendências além dos objetos adquiridos e os alerta de que não sobraria dinheiro para terminarem de passar o mês: o trio havia feito ainda uma compra não prevista num mercadinho localizado no bairro onde moram. Anita, utilizando o fato de ser diabética, solicitou à proprietária do mercadinho que lhe vendesse refrigerante fiado. Como teve seu pedido aceito, resolveu levar também cerca de 60 paçoquinhas de amendoim, queijo provolone em conserva e adoçante.

Apesar da preocupação da técnica em saúde mental com todas as questões mencionadas, estas não parecem abalar os três moradores da COHAB, pois está presente uma certa habilidade em lidar com tais situações que, aparentemente, parecem ter sido escolhidas pelo grupo. Foi interessante perceber no caminho entre o supermercado, localizado no centro da cidade, e a residência na COHAB, bastante distante deste centro, o quanto conhecem a cidade e o caminho até a casa. Os três moradores – inclusive Gabriela, que não fala e apresenta mais sinais de cronificação – foram indicando para a pesquisadora, que dirigia um automóvel, qual o melhor percurso a ser feito.

Merece destaque, nesta situação, o uso para obtenção de vantagens – tais como, receber doações, poder comprar fiado ou ter descontos nessas compras –

a partir das condições de saúde ou do fato de ser ex-interno do hospital psiquiátrico. Tal situação precisa ser problematizada, já que representa a utilização do estigma que se quer superar como forma de ganhos secundários.

Há, porém, um outro segmento populacional que tem lucrado com esse movimento de saída do hospício para a cidade. Pudemos perceber que há um ‘acolhimento’ por parte dos comerciantes das cidades em que estivemos, pois o grande número de indivíduos, até então enclausurados, são agora consumidores, e chegam, em alguns lugares, a aquecer o mercado local.

(...) a gente tirou (benefícios) para todos. Todos da Vila e todos das Pensões. Aí, o que aconteceu, ficou assim, a gente não sabia como administrar isso e foi uma gastança louca. Uma gastança louca todo mundo e só no supérfluo. Depois a gente acabou aprendendo, até foi o Dr. Almir que acabou dando a idéia, todo mês vamos fazer um orçamento. Senta com eles ‘o que é que você quer fazer com seu dinheiro esse mês?’ ‘Ah, quero comprar um tênis novo, quero comprar uma cueca, comprar um aparelho de som, ‘ah, mas o dinheiro não dá’. A gente até se surpreendeu com o Rubinho. Ele foi na cidade para comprar um aparelho de som. Como o dinheiro não deu, ele falou ‘eu posso pagar em tantas vezes’. E fizeram as contas, e me ligaram aqui – o Magazine Luiza – ‘é verdade que aí’, mandaram chamar a Sandra – ‘é verdade que aí tem um paciente que se chama Júlio?’. Falou o nome dele inteiro. Eu falei ‘é’. ‘Oh, aqui é do magazine Luiza, ele está fazendo uma compra e eu gostaria que você viesse aqui para ficar responsável’. Eu falei ‘olha, a gente não vai. Você faz como qualquer comprador, tudo que precisar’. ‘Ah, mas ele tem renda?’ ‘Tem’. ‘Ele tem comprovante de renda?’ ‘Tem, pode pedir tudo’. ‘Tem documento?’ ‘Tem’. Aí eles fizeram a ficha dele em tantas vezes. O comprovante de renda, ele tinha acabado de sair do banco. Aí ele deu o extrato, deu o cartão magnético, pagou em sete ou oito vezes aquele aparelho bonito que ele tem, o maior. Aí ele pagou direitinho, trouxe o carnê e aí ligaram aqui. A mesma pessoa que ligou antes ‘oh, eu queria dar os parabéns porque eu não acreditava que era tudo isso e a gente nem sabia que ele era um paciente do Paraíso’. Ele conversa bem, não é? Ele é inteligente.

Então, aí, ficou. Começaram a fazer prestação, o pessoal também liga pedindo para a gente ir até lá assinar ou ficar responsável. Mas a gente já combinou, ninguém fica mais responsável por nada. Quando precisa a gente vai sim. Quando precisa de acompanhante, mas tudo que é feito por um cidadão lá fora eu acho que tem que fazer igual para os daqui. Não pode ficar diferente, não é? Por que um cardíaco vai fazer uma compra, não vai ninguém ficar responsável pela compra dele. Agora o doente mental vai fazer uma compra, tem que uma pessoa assinar, ficar responsável porque ele vai pagar tantas prestações. Então tem algumas conquistas. Agora tudo é muito difícil.

Sandra – gerente

Perguntávamos anteriormente sobre como se dá o encontro do ex-interno do hospital com o morador da cidade e quais os novos significados que podem emergir nesse encontro. Tais indagações mereceriam estar incluídas no âmbito das políticas públicas de forma geral: saúde, habitação, educação, transporte, cultura.

O distanciamento entre definição de diretrizes políticas e investimento para sua implementação (como se destinam verbas dentro da lógica do capital), por um lado, e implantação de práticas, por outro, apresenta-se como tema relevante relacionado aos tipos possíveis de resolução de problemas sociais. Além do aspecto determinante que se refere ao posicionamento ideológico perante a relação entre capital e trabalho, das instâncias governamentais e dos movimentos sociais, outros fatores estão presentes nesse distanciamento, entre eles, a impossibilidade de encontrar brechas que possibilitem o trânsito e a construção de mediações para uma efetiva participação. As mediações devem ser contempladas na formulação de políticas, no sentido de criar aberturas para as modificações propostas por elas. Do ponto de vista psíquico exige a construção das passagens, são produtos das relações vividas e das representações geradas pelas transformações. São mediações externas e internas.

As políticas de habitação, por exemplo, não incluem nas suas definições o ponto de vista daqueles para os quais estariam sendo destinadas. Qual significado pode ter para um morador da periferia da cidade, por exemplo, sair de sua

casa para morar num conjunto habitacional do centro? Vimos recentemente os significados diversos que desencadeou a política de retirada de moradores de rua para hotéis, cuja diária é financiada pela prefeitura do município de São Paulo. Para alguns moradores, morar no quarto do hotel é viver como numa ‘mansão’, para outros é inadmissível ficar preso a um lugar tão pequeno.

Nesse sentido, o contato que tivemos com Ernesto, morador da COHAB, durante nossa pesquisa, pode ser ilustrativo dos significados que se atribui a certas situações. A casa dele foi entregue com um cômodo que servia de cozinha e quarto e um banheiro. Ele, casado com Marisa, havia juntado um dinheiro do benefício: comprou material para construção e pagou um vizinho para construir mais cômodos. A parte da frente, que era quintal, foi cercada e coberta para servir de sala. Ficou um pequeno espaço que serve de quintal de entrada, mas que é cercado por um muro alto. Esse cômodo não está rebocado e nem tem piso. Há muito entulho pela casa. Sacos pendurados por todos os lados, objetos velhos encostados nas paredes, uma mesa cheia de entulhos. Muitos dos sacos pendurados têm material que utilizam para fazer tapetes, principalmente Marisa. No fundo da casa ficou um pequeno quintal. Na cozinha há fogão, geladeira, mesa, cama (sobre esta há um varal que funciona como guarda-roupa) e uma televisão com controle remoto no lugar do criado-mudo. Está cheia de plantas que, cheio de orgulho, Ernesto diz que plantou. Há plantas em todos os lugares, dentro e fora da casa.

Nossa primeira impressão nessa casa foi de estarmos num lugar insalubre e desumano, habitado segundo a ‘lógica do hospício’. Ernesto e Marisa, porém, estavam satisfeitos com a casa, com os objetos, com a forma como estão habitando o espaço que adquiriram. Pudemos observar que são benquistos: conhecem a vizinhança, recebem encomendas de tapetes, freqüentam festas, apesar de terem desavenças (fato comum entre os moradores do bairro), vez ou outra, com algum vizinho.

Passado nosso impacto inicial, produto de nossos próprios preconceitos, pudemos ter informações, numa outra cidade, que nos trouxeram esclarecimentos sobre a forma como organizam a casa. Tivemos conhecimento de outras famílias, sem qualquer tipo de antecedente psiquiátrico, que tinham forma semelhante de habitar suas casas. Uma delas trabalhava com fabricação de vassouras. Tanto as vassouras prontas quanto os entulhos ficavam dentro da casa, numa

‘bagunça’ considerada infernal por alguns vizinhos. Soubemos também que colocar varal sobre a cama para pendurar roupas, em vez de usar guarda-roupas, não é algo incomum. Apesar de a forma de organização da casa de Ernesto e Marisa ter nos ‘incomodado’ e incomodar os técnicos do hospital, temos chegado à conclusão de que essas condições de moradia estão ligadas mais a fatores de ordem cultural e não parecem se relacionar ao fato de terem sido ‘pacientes’ psiquiátricos.

Os sentidos do morar, da organização da casa, da forma de habitar não têm sido incluídos nas formulações de políticas habitacionais, do mesmo modo que a participação política dos principais envolvidos não se inclui de forma efetiva nas definições de políticas públicas de modo geral.

Para elucidar aspectos que dizem respeito ao morar, no caso que estamos estudando, faz-se necessário acompanhar o percurso de passagem que levam do hospício à cidade e seus significados. Quem conseguiu viver décadas, ou a maior parte da vida, no hospício precisou aprender a ‘estar’, a ‘morar’, a sobreviver nele. Estratégias precisaram ser criadas para poder sobreviver à loucura, à falta de limites, à falta de humanidade.

4.2.5 – Uma experiência nos centros urbanos

Eu acho que (a passagem pelo hospital e a saída para as casas) foi muito importante para aquelas (pessoas) que assimilaram a vida nos centros urbanos. Por exemplo, aquelas que sabem mexer com câmbio, aquelas que sabem ... tem muitas que são até analfabetas mas aprenderam novamente a mexer câmbio e muitos que vão à feira. Lá na Pensão Protegida tem duas que eram analfabetas, mas iam buscar víveres, leite e pão que a gente precisava. Iam à feira, que tinha lá na rua mesmo onde a gente morava e então aprenderam a lidar novamente com câmbio. Isso é muito bom. Elas aprenderam, elas se ressocializaram.

Sofia – moradora de COHAB

Vamos nos ater a alguns aspectos que se relacionam à história de Sofia, que mora num bairro de periferia, numa casa própria adquirida pela COHAB. Todos os dias pela manhã, ela vai a uma unidade de saúde mental no centro da cidade levar sua colaboração como voluntária: toca, para os usuários do serviço, o piano que ganhou de uma pessoa que se mantém anônima até hoje. Aprendeu a tocar sozinha esse instrumento musical, quando estava internada no hospital. Gosta de conversar: falar sobre a experiência que teve no hospital psiquiátrico, dos livros que leu, dos conhecimentos que tem.

Mora sozinha, atualmente, numa casa de dois quartos, cozinha, banheiro. Sente-se privilegiada por possuir a única casa do conjunto habitacional que tem quintal. Neste tem uma bananeira e está fazendo uma horta. Ela frequentemente doa a grande quantidade de bananas que nasce no seu quintal para uma creche do conjunto.

Sofia é uma senhora de 70 anos, que ficou internada durante 25 anos no Hospital Paraíso. O hospício, para ela, ao contrário de espaço de exclusão, foi local que, na sua vivência e na sua representação, possibilitou a inclusão: inclusão num local mais amplo, que permitiu o recebimento da graça divina do autodidatismo, local onde aprendeu a trabalhar, onde recebeu as terapias devidas, enfim, que a retirou do ‘cárcere privado’, esse sim, considerado o hospício e identificado com uma ‘madrasta má’.

O Paraíso foi para mim uma universidade, porque eu fiquei de 68 até 73, cinco anos, tomando remédios que não davam certo. Tomei eletrochoque, tomei uma porção de outras coisas. Até que em 1973 veio o remédio que quase foi específico, que até hoje eu tomo. Ele é paliativo, mas pelo menos ele paralisou a epilepsia.(...) Eu tinha até 30 ataques numa semana em São Paulo. Eu vivia que nem uma presidiária dentro de casa. Eu não podia nem chegar na calçada que minha família não deixava, sem companhia da minha família. Eu não podia nem ir a uma ... a uma padaria ou a uma venda buscar alguns víveres. Tudo era minha família que fazia. Eu não saía do portão para fora, porque era só sair do portão para fora que podia um veículo me pegar e poderia até me matar. As coisas poderiam ser piores. Então eu me via como uma presidiária doméstica, como

chama a presidiária dentro de casa. E então o que é que eu fiz. Eu resolvi ‘já que eu tenho que viver presa, então eu quero viver num lugar amplo’. Então eu pedi aos meus familiares que me arranjassem um hospital onde eu pudesse trabalhar, fazer alguma coisa, produzir alguma coisa, me tratar e fosse amplo.

O hospício é, na experiência de Sofia, representado como libertação, providenciado pela autoridade máxima do Estado; é dádiva jurídica e divina. É instituição total representada como o próprio paraíso: local de proteção divina, comunidade auto-suficiente e de trocas não mercantilistas (não é o câmbio da vida urbana). A ilusão da troca e a construção da comunidade expressam-se como forma de proteção psíquica, necessária para a sobrevivência.

O meu cunhado falou com o governador Laudo Natel, no tempo em que era governador. (...) Aí foi a minha sorte. Quando eu cheguei aqui, a minha família, até eu tinha uma irmã que era muito sensível ‘imagine, vão levar você para X (a cidade onde fica o hospital Paraíso)?’. Pensou que era o fim do mundo. Não é não. Foi a minha sorte. No dia 11 de agosto, dia das ciências jurídicas, Deus me deu um advogado (risos) (...) Deus me deu um advogado que me protegeu, por isso eu não preciso de nenhum técnico em ciências jurídicas para me ... para minha causa, porque eu já tenho Jesus comigo. Eu tenho muita fé, graças a Deus. E então, quando eu cheguei lá no Paraíso ... ‘quando eu chegar nesse hospital eu vou fazer dele uma comunidade da qual eu vou precisar e eu deveria devolver alguma coisa’.(...) Nesse mundo nada é de graça. Você pode ver, tudo o que vem de graça é chuva ou o ar que respiramos, não é? E mesmo assim a gente não pode desmatar para ter chuva. (risos). E então não podemos poluir o ar também. Tudo nesse mundo a gente tem que devolver alguma coisa.

Se a história nos mostra que o hospício é local de exploração do trabalho, para Sofia este será representado como troca, como forma de recompensar a dádiva alcançada. Se na vida moderna a inclusão social se dá pelo mundo do

trabalho, ela inclui-se nesse mundo dentro do hospital. O hospital seria, para ela, uma forma de inserção?

E então o que eu fiz? Quando eu cheguei lá, a primeira coisa que eu fui fazendo é procurando serviço. Comecei ajudando as faxineiras a limpar as cozinhas e tudo. Depois lá tinha a terapia ocupacional do Pedro Tobias Costa, eu fui fazer crochê que eu tinha minhas habilidades lá. Eu costurava também com a máquina. Eram poucas as pacientes que costuravam com a máquina. E então eu trabalhava na lavanderia, reformava roupas para os pacientes. Porque eles rasgavam muito quando dava aquelas crises. E eles rasgavam, mas tinham uns que eram aproveitável e então eu reformava as roupas dos pacientes nas lavanderias. Então as funcionárias gostavam muito de mim. Eu não recusava-me a fazer qualquer serviço. Ia na cozinha, ajudava as cozinheiras a fazer faxina, a fazer ... e na lavanderia eu costurava também. Mas depois a funcionária viu que eu tinha condições psicológicas melhores, que eu podia, sabia ler, escrever e contar e então ela me pôs para despachar as roupas que teriam que ser contadas todas as peças que eram despachadas para as peças que lavaram. Então eu passei aquelas embalagens e eles levavam para os setores de lá. Eles gostavam muito de mim lá. E eu aproveitava: lavava minhas roupas. Eu vivia vestida à paisana. Eu nunca vivia vestida com as roupas do hospital. Então eu também não tive idéia de fugir, eu falei ‘puxa, eu lutei tanto para vir aqui e agora eu vou fugir e pôr tudo a perder? Não eu não sou trouxa’.(risos) ‘Eu quero evoluir e não regredir’.

Ocupar o lugar do técnico, do trabalhador do hospital, é uma forma de sobreviver. É uma estratégia de sobrevivência no hospital que supõe uma certa sedução: ao cair nas graças das pessoas, abre-se uma brecha para entrar no lugar do outro, de preferência no lugar do técnico.

Com essa síntese eu cativava todo mundo ali, quem me entendia. No princípio, sabe como é, a gente vivia numa promiscuidade tanto das pacientes quanto dos funcionários. Tinha ali até gente que era

analfabeto e trabalhava no Paraíso. Depois que eu cheguei lá é que o doutor Jorge não admitiu mais ninguém que não fosse alfabetizado. Então... antes ninguém queria trabalhar em hospital psiquiátrico porque pensavam que era o fim do mundo. Hospital psiquiátrico é hospital de loucos e isso que eu estou tirando essa máscara negra do hospital psiquiátrico. Aquilo é um hospital que trata de doenças mentais, que todos nós temos doenças mentais: uns maiores, outros menores, outros mais fáceis de tratar, outros mais difíceis. Loucura não existe. Eu li, quando eu estava na escola, que quando a gente atinge um grau de loucura a gente morre. A última coisa que acaba no nosso corpo humano é o cérebro que morre. A primeira coisa que morre, não a última coisa que morre no corpo humano é o cérebro. Então eu pensava comigo ‘se me chamarem de louco, por acaso eu sou fantasma? Estou viva. Estou falando com você? Eu não sou louca’. A gente pode ter um comportamento diferente que pode decepcionar as pessoas, um comportamento igual o das pessoas intelectuais, ou das pessoas normais ou que se dizem normais. Porque todo mundo tem um pouco de fraqueza também (risos). Mas isto me serviu como uma escola. E eu fui aprendendo mesmo e fui à cozinha. Na lavanderia eu aprendi corte e costura. Na cozinha eu aprendi arte culinária. Muitas coisas e segredos de culinária eu aprendi. E também eu aprendi a aplicar injeção, medir pressão e medir temperatura. Eu ajudava os funcionários. E até aplicar eletrochoque. Até isso ...

Saber aplicar injeção, por exemplo, é poder ocupar o lugar do técnico e deixar o lugar de ‘paciente’ que não se veste à paisana, que rasga a roupa, ao invés de costurar. Sofia assume um conjunto de atividades de trabalho que lhe permite ficar do outro lado de uma divisória que separa os pacientes dos técnicos. Ela não teme o eletrochoque, porque se está do lado dos técnicos não pode considerar isso ruim.

Quando eu vi aplicar o eletrochoque, eu falei: ‘é com isso aí que eu vou sarar’. Porque, quando eu estava na escola, a gente aprendeu que tudo que existe na face da terra é feito de átomos. E os átomos

têm ... são divididos em prótons, elétrons e nêutrons. Então... quando a gente tem elétrons em excesso a gente ficava nervosa, tensa e parece que está louco, porque a eletricidade está excessiva. O eletrochoque elimina o excesso de eletricidade que a gente tem. Então todo mundo tinha medo daquilo como se aquilo fosse um fantasma, um veneno, um castigo. Pois foi isso aí que eu vou me salvar. (...) O médico que receitou (...) 20 eletrochoques e eu tomei só sete. Mas, quando eu tomei o primeiro, eu vi que as pacientes, elas viam aquilo como se fosse um castigo ou como se fosse uma cadeira elétrica, como se fossem umas sentenciadas, como se fosse uma pena capital. Então eu falei 'num hospital do governo não vai haver pena capital aqui, não vai matar a gente não. Isso aqui vai ser para uma coisa positiva'. Eu via aquilo tudo como positivo e, quando chegou a minha vez, eu vi que elas retesavam todos os músculos, e eu falei: 'eu vou fazer diferente'. Eu relaxei todos os músculos e tudo, eu me senti outra. Parece que aquilo me tirou .. parece que eu estava dentro de um cubo que foram cortando as arestas à minha volta (risos) e me senti livre para voar. Eu só não voei porque não sou passarinho (risos). E com os sete eletrochoques que eu tomei eu melhorei bastante. Mais de 50%. A tensão nervosa acabou, eu não tinha mais tremedeiras nas mãos, eu melhorei muito. Mas depois foi chegando o Dr.Silvano e trouxe aquele remédio que ainda era desconhecido no Brasil, o fenitoína, que é anticonvulsivo. (...) O remédio quase foi específico, o fenitoína. Eu depois comecei a perceber os ataques antes que eles me atacassem, antes que o derrubassem. (...) Depois que o doutor Silvano foi para outro setor, aí veio o Dr. Paulo A., acertou na mosca. Ele mandou fazer o eletroencefalo e aí trouxe o Tegretol. Aí foi uma dupla dinâmica que resolveu mesmo. Até hoje eu tomo o Tegretol e o Gardenal. O Gardenal tomava desde o princípio de meu tratamento, mas uma andorinha não faz verão mesmo, um só soldado não vence a guerra (risos).(...) nunca mais, nunca mais (tive ataques).

O lugar que Sofia busca ocupar não se dá apenas por imitação e não se restringe a trabalhos braçais ou de aplicação de técnicas mecanicamente. O

desconhecimento presente no suposto conhecimento técnico é denunciado quando inventa a partir daquilo que chama de autodidatismo.

Eu que inventei. Tem muita gente que fica mesmo admirada com isso. Não é uma coisa de conservatório, mas pelo menos eu me viro. Uma vez que eu fui lá aprender teoricamente, eu pensei: ‘sabe de uma coisa, o que Deus me ensinou é mais bacana, é muito melhor. O que Deus me ensinou é melhor. Os autodidatas, os que aprendem sozinhos, o professor só pode ser deus’. (risos). (...) Um dia nós tivemos uma reunião em São José do Rio Preto. Então (a representante da) Secretaria de Saúde de Brasília, ela estava presente e então falou ‘escreva uma carta que eu vou levar para o ministro de saúde’. Aquela carta que foi escolhida eu levarei para Brasília. Olha, diante de psicólogos e assistentes sociais, de médicos de tantas entidades ilustres, a minha carta foi a escolhida. Porque eu falei coisas que eu sabia. Coisas da minha prática de tantos anos que eu vivi no Hospital Paraíso e de prioridades dos pacientes e como se deve tratar um paciente. Antes do final, eu disse: ‘lembre-se que nós somos seres humanos. Não somos bichos e um dia a gente consegue vencer todas as dificuldades desse mundo.’ Para Deus nada é impossível. (...) Eu fiquei orgulhosa de mim. Quem não tem orgulho de si mesmo, não é mesmo? Como se diz, aquilo satisfaz meu ego. Quem não fica satisfeito quando alguém elogia ou quando tem sucesso mesmo. Você precisa ver como eu fui aplaudida por todo mundo, ‘está vendo’, o doutor falou, ‘no meio de doutores, no meio de doutores, no meio de psicólogos, no meio de assistentes sociais, a sua carta foi a escolhida’. ‘É doutor, isso são as lições da vida, a universidade da minha vida foi Paraíso. Eu atendi todas as prioridades de pacientes, como se deve tratá-los. Porque o mais importante é não tratar os pacientes como crianças, fazê-lo sempre evoluir, fazer evoluir, nunca deixá-los regredir. (...) Eu sempre dizia para estudantes quando iam lá (no Paraíso) ‘olha, vocês ouçam os pacientes por mais absurda que seja a história deles, porque elas tinham muito devaneios, sabe? Faziam muitos delírios, o que é peculiar do doente mental, não é? Tinha uma lá que dizia que era fazendeira, que tinha muitos gados, que tinha muita coisa e era nada,

sabe? Ela morava num sítio lá e dizia que já era uma fazenda. Era megalomania o que é peculiar do doente mental. Um dia, então, falei: ‘por mais absurda que seja a conversa dela, ouça que você vai tirar proveito, para ver até onde vai a imaginação de uma pessoa que sofre das faculdades mentais e que está com problemas psicológicos. Então, as faculdades mentais é uma ... não, não é uma faculdade, é uma universidade para o mundo todo aprender como se vive e como se aprende a viver, não é?’

A partir dessas considerações, não se trata aqui de dizer que o hospício cumpre seu papel ‘terapêutico’ e de passagem, pois assim se justificaria a existência dessa estrutura que apesar de se pretender terapêutica é fundamentada no banimento/exclusão. Alguns aspectos devem ser considerados: para Sofia, por exemplo, 25 anos se passaram de hiato com os ‘centros urbanos’, e o espaço de internamento de exclusão de vida urbana precisou ser recriado à imagem e semelhança de um paraíso para que justificasse um tipo de inclusão. O disfarce que compõe o cenário do ‘paraíso’ aparece como estratégia de vida que possibilita a vivência de inclusão. Os múltiplos sentidos das palavras compõem o arranjo do cenário: *as faculdades* podem ser mentais ou concretas, expressão do mundo psíquico (sãs e/ou doentes, normais e/ou anormais, ignorantes e/ou sábios) e lugar de produção de conhecimento (o hospital é uma universidade); *o câmbio* é condição para reinserção na vida urbana, representa mudança, relação de troca material e simbólica; *o trabalho* representa ocupação, inserção e terapêutica.

O cenário que Sofia busca criar é de um paraíso, e neste o personagem central assemelha-se a um camaleão, capaz de se proteger e de se diferenciar de acordo com a necessidade (ora se iguala à paisagem para se proteger, ora se diferencia desta para poder existir).

Quando eu cheguei lá a primeira coisa que eu fiz foi isso, mostrar a todo mundo que as aparências enganam mesmo. (risos). As aparências enganam, mas ajudam também. (risos).

Podemos compreender os processos dessa metamorfose como estratégia de proteção psíquica. Diante de um risco real de perigo, criam-se

estratégias psíquicas que podem ser coletivas ou individuais (DEJOURS, 1987), garantia de sobrevivência mesmo na precariedade. Num primeiro olhar poderíamos supor que a criação desses mecanismos apresenta-se como pura alienação, como ‘adaptação passiva’ ao aparato da instituição total (no caso daqueles que foram banidos da convivência social). Ao nos determos no conjunto dos discursos que aqui apresentamos, podemos constatar uma adesão ao discurso psiquiátrico que pode ser interpretada como passividade e submissão. Numa outra vertente de análise, porém, é possível identificar, ao considerarmos os múltiplos sentidos dos discursos produzidos, ‘pequenas chamas’ de rebeldia a esse sistema psiquiátrico nessas histórias.

A aderência aos discursos e práticas psiquiátricas não é total, mas traz consigo uma crítica embutida no disfarce das palavras e das ações. Sofia diz para estagiários (identificados aos técnicos do aparato manicomial) não tratar os pacientes como crianças, ouvir o que os pacientes estão falando por mais absurdo que possa parecer os delírios. Ela nos fala que adquiriu um conhecimento a partir de sua vivência no hospital, com os funcionários, principalmente os mais qualificados, portanto ela incorporou o discurso e se apresenta como alguém desse grupo. No entanto, ela nos fala também de algo que não está incluído nesses discursos e práticas do dispositivo manicomial: “não tratem os pacientes como crianças”. Ela denuncia exatamente a hierarquia estabelecida na instituição total: tratar como criança é infantilizar, é tratar o sujeito adulto a partir de uma parte criança que precisa ser controlada, é perder a totalidade o sujeito e se relacionar com este a partir da ignorância de que aqueles que estão internados têm comportamentos estranhos, mas têm também ‘comportamentos normais’, comportamentos que apenas se diferenciam. Ela apresenta a parte do desconhecimento daqueles que são os porta-vozes do conhecimento: os técnicos. Quando diz que nas coisas mais absurdas pode haver conhecimento, ela rompe com o discurso racionalista, incluindo outras dimensões até então desconhecidas na expressão do conhecimento.

Sofia foi uma das primeiras moradoras da Vila Terapêutica e relata uma parte desse processo de transição:

(Houve) seleção de pacientes. (...) teve essa idéia de fazer (...) o centro de ressocialização. Separam os pacientes melhores daquelas que estão aquém, aquelas que estão progredindo e as que estão regredindo, infelizmente, que não tinham progresso.(...) O primeiro passo para construir a Vila Terapêutica. Foi a Dra.Maria Aparecida que teve essa idéia. Ela via que os pacientes, aqueles que regrediam estavam atrapalhando aqueles que estavam progredindo. E no fim, o que não tem remédio remediado está. Tem aqueles que não têm mesmo o mínimo para poder aprender. Não tem o mínimo de assimilação das coisas, eles não têm ... enfim, o Q.I. deles é muito fraco, muito aquém. Mas no meio de tudo isso tem aqueles que aproveitam. Muitos alfabetizaram-se até. Estudantes ensinaram o alfabeto para aquelas que não sabiam. Veja você, foi um progresso, não é? Então elas me pediam para ensinar para elas. Eu dizia ‘mas eu não sou uma professora!’. Peça a alguma pessoa que esteja com todo esse dom. Então, veio uma vez uma turma de estudantes, não sei se de medicina, de psicologia, sei lá. Quem for é bem-vindo. (risos). Ensinaram muitas lá, e muitas aprenderam. (...) Depois dali, nós fomos para a Vila Terapêutica. Aí cada um na sua casinha. Tinham quatro pessoas só. E então dali, dali foi mais adiante. Fez a Vila Terapêutica também com uma seleção de pacientes que foi morar lá.(...) Ali a gente era obrigada a se interessar pelas coisas, como por exemplo, participar da limpeza, participar de servir a mesa, participar de limpar a cozinha, de deixar tudo em ordem e saber tomar banho sozinha, saber se vestir. (...) (Dr.Jorge teve a idéia) Já que a família não viria buscar. Então eu sempre falava para as pacientes ‘sua família te abandonou? A minha também está lá em São Paulo. Eu estou também semi-abandonada’. Mas graças a Deus minha família nunca me abandonou. Minha família sempre vinha me visitar. (...) ‘Você se sente abandonada? Você não tem família? Eu também não tenho. Vamos nós fazer uma família aqui? Você não é filha de Deus? Eu também sou. Então somos todos irmãos’ (risos). Então foi esse lema que eu inventei lá, sabe? E olha, todo mundo assimilou e teve sucesso. (...) Eles escolheram quem tinha mais capacidade de cuidar de uma casa, não é? O doutor falou ‘quem cuidar da casa direitinho vai morar numa Pensão Protegida na

cidade'. (...) Na Vila, você sabe, eu fiz horta, eu cuidava. Nós íamos buscar as marmitas, nós comíamos de marmita. Depois eu ia costurar, eu ia fazer crochê, eu ia fazer tudo e ainda cuidava da minha horta e ainda vendia verdura para muita gente lá. Vendia a preço módico, a preço mínimo. Muita gente, até me lembro um doutor lá que gostava muito de couve (risos). Me perguntava se tinha couve e, então, eu: 'claro que tem doutor', e vendia até para doutor as minhas verduras. E um funcionário ia me ajudar. Nós tínhamos uma horta lá que era uma beleza. E ali eu usava só para o nosso consumo e dava também para os pacientes lá da Vila. E todo mundo ... eu não cobrava nada, eles que me davam como se fosse um prêmio aquilo lá, as sementes para eu replantar, compreende? Mas muitos me davam mais coisas ainda. Sabe como é, a gente não pode fazer ... a gente tem de fazer por merecer e não estar pressionando ninguém e nem querendo além do que as pessoas têm, além do limite. Então, a gente deve deixar de livre e espontânea vontade, porque é muito mais bonito, muito mais bacana a gente receber de livre e espontânea vontade do que estar exigindo as coisas, não é?

Sofia lembra-se de vários detalhes dessa passagem, mas não se lembra, porém, quem foram suas companheiras de casa, às vezes, não se lembra do nome de pessoas com quem viveu no hospital por mais de uma década, ao contrário dos técnicos, principalmente médicos de quem ela se lembra inclusive do sobrenome.

Meu Deus como é o nome dela? Ah, tem diversas. Para você saber na íntegra isso aí, é só você falando lá no serviço social. Lá eles têm tudo, está tudo arquivado, não é? Quais as pacientes que foram, tudo, né? Mas o que mais me deixa sensibilizada é que há bem pouco tempo eu fui falar na Universidade. Me convidaram para eu ir na Universidade, para contar para eles toda a minha odisséia. Então, no final eu disse para eles, ele foram me fazendo perguntas, como que é no hospital psiquiátrico, como você está me perguntando, não é? Como eu consegui dar a volta por cima e como eu consegui fazer daquilo lá uma universidade. E então, eu não pude ter estudos, eu não pude ir à universidade, mas ali eu aprendi muita coisa que nem

uma universidade eu aprenderia, porque é pela prática da vida. E outra coisa, mais importante, é ser humilde, sabe? E, outra coisa, nunca você guardar rancor de ninguém, viver sempre em paz com todo mundo. Uma pessoa que vira a cara assim, deixa ela para lá, depois ela fica boa, ela volta. Muitas pessoas vieram até me pedir perdão, ‘perdão de quê? Você não me fez nada’ (risos). Então, muitos me pediam perdão, vinham me pedir desculpas. ‘Peço desculpas e até perdão se preciso para que você me perdoe’. ‘Não precisa perdoar nada, você não me fez nada!’ (risos). E outra coisa, diz que se perdão foi feito para a gente pedir, perdoar é para Deus. A gente desculpa, né, vamos esquecer?(...) O que a gente escreve e não gosta, a gente passa uma borracha ou vira a página (risos). Ou arranca a página e põe no fogo. Não é mesmo? E com isso aí eu fui dando estímulo, dando ânimo não só para pacientes, mas também para funcionários.

Para ‘dar a volta por cima’, Sofia orgulha-se de ter trabalhado na casa de médicos do hospital, o que é uma prática corrente.

Para funcionários que se sentiam deprimidos, por exemplo, pelo posto que ocupavam. Eu falava ‘olha, o mínimo que a gente fizer nesse mundo, a gente deve fazer bem feito para que um dia a gente recebe um prêmio, a gente recebe um prêmio’. E, então, eu falava para as funcionárias e faxineiras: ‘olha, a senhora me ensina a fazer sua faxina, porque tudo é uma arte desde que bem feito’. E elas me ensinavam e me aplaudiam, tudo, e tem que ver, sabe? E lá eu fui aprendendo. Fui na cozinha lá com as cozinheiras, fui. Depois também eu trabalhei na casa do diretor. O doutor Jorge mandou me chamar. Lá eu era recepcionista lá. Sabe, ajudava a faxineira também lá.(...) Eu atendia telefone, atendia telefone. E eu não tinha muito boa memória naquela época. ‘Se eu não tenho boa memória, eu sei ler e escrever’. E andava com um papel e com uma caneta e anotava tudo. E tinha telefones até de interurbano, e o doutor Jorge ia trabalhar na diretoria e, então, outras pessoas telefonavam e deixavam ... eu falava: ‘o doutor Geraldo não está, mas o senhor quer deixar um recado, eu vou anotar’. Pronto, eu anotava e, então,

quando o doutor Geraldo chegava na hora do almoço, estava tudo anotado. ‘Alguém telefonou, Sofia?’. ‘O doutor tal telefonou, o doutor de Santa Rita, o doutor não sei de onde’, de tudo quanto é cidades que ele ficou diretor do DPI, diretor geral do Estado de São Paulo. Então ele era muito competente, ele ficava a semana inteira lá na secretaria da saúde lá, não sei em que local ... meu Deus do céu ... era na secretaria da saúde, outro local onde ele até residia durante cinco dias da semana. E aos sábados ele vinha para São Paulo.

O percurso de Sofia do hospício para a cidade não foi fácil, como ela relata:

Eu fui uma das primeiras, porque eu tinha medo de ir de lá dos pavilhões e ir lá para a vila. Foram as outras primeiro, depois eu achei que chegou a hora. A Branca, a Muda, a Gracinha. Todas aquelas que estão lá (na Pensão). (Foram) primeiro para a Vila Terapêutica. Depois da Vila Terapêutica vieram para cá (a cidade). Também eu tinha medo de vir para cá.(...) Eu fui morar com elas, na mesma casa (na Vila e depois na Pensão). Eu tinha medo de morar em centros urbanos. Aí é que está, 25 anos no hospital. É aquilo que eles dizem que a gente vai tomando, o hospitalismo. A gente não pode viver depois. A gente não consegue viver depois fora do hospital. E então, eu consegui dar a volta por cima. Graças a Deus, às funcionárias do serviço social, as psicólogas também falavam: ‘você tem que ir, você tem que fazer, você tem que experimentar, nem que seja a título de experiência’. (...) Elas que insistiram. Então, houve uma vaga na pensão protegida e, então, eu fui morar lá. Ali é quando abriu mesmo um caminho de nova esperança, caminho verde para mim. Eu encontrei muita coisa boa. Eu pude ... a gente recebe mesmo um salário para a gente poder sobreviver ali. Eu aprendi a lidar com o câmbio, eu aprendi a buscar, como busco até hoje, minha própria aposentadoria, o auxílio doença. Não é aposentadoria, é auxílio doença e a gente recebe um salário com o auxílio doença para sobreviver. Eu abri até caderneta de poupança. Lá a gente tinha tudo lá, aquela entidade Aprendizizes do Evangelho doaram a casa para nós e vão assistir até agora. (...) Aí que você vê

que uma andorinha não faz verão mesmo, não é? Quanta gente ... um soldado não vence a guerra ... quantos soldados para nós vencermos essas batalhas e nós conseguimos. E eu descobri ali perto uma igreja evangélica Batista independente. De todas as igrejas que eu já fui, aquela, como eu digo, ela não é perfeita, mas é a melhor que eu encontrei.

A saída da Pensão para a casa própria comprada no Conjunto Habitacional ocorreu de forma um pouco mais tranqüila. Quando morava na Pensão começou a comprar móveis, enxoval, eletrodomésticos para o dia em que conseguisse ter sua própria casa.

(Nessa mudança) já não tinha mais medo. Aí eu deslanchei. Aí eu orei muito, pedi a Deus muito e com isso eu fui para conseguir ... Até o saudoso Mario Covas, ele esteve aqui e eu fui ... ele fez um sorteio e eu ganhei, na Fazenda Baixadão, uma casa. Agora essa casa eu já doei, eu já doei para outros. Já que me deram essa daqui.(...) As casas aqui não foi tão difícil, mas na fazenda Baixadão foi mais difícil.(...) A COHAB já começou há muitos anos. Muitos bairros aqui começaram com a COHAB. E eram muito melhores. (...). Aqui é de casas modestas. E .. eu fui lá e fui sorteada na Fazenda Baixadão. E então quando eu fui sorteada eu já tinha ido comprar todas essas coisas que eu precisava, coisas de primeira necessidade, no Magazine Luiza. Fui comprando geladeira, fui comprando.. .o fogão eu comprei em outra loja quando estava inaugurando lá aquela ... como chama? ... as Casas Bahia, Casas Bahia. Então eu comprei sem entrada, comprei fogão lá, um fogão muito bom. Veja você como ele funciona bem, forno auto-limpante, muito bom, de quatro bocas está muito bom. E eu fui comprando tudo, sabe? Olha, essa mesa de mármore, cadeiras, comprei geladeira, comprei eletrodomésticos, tudo no Magazine Luiza. (...) Só o fogão eu comprei nas Casas Bahia. Mas fui comprando tudo. Televisão. Essa televisão eu comprei na loja Maphuz, a outra televisão que eu tenho eu ganhei do Baú da Felicidade. Eu também comprei no Baú da Felicidade. Eu nunca fui sorteada lá no Baú da Felicidade, mas eu podia retirar mercadorias. Por exemplo, trazer

jogo de panelas, jogos... o televisor que eu tenho de vinte polegadas, tudo. E ele até marca as horas aquele televisor lá, sabe? E aquele rádio relógio, quadros. Isso aqui eu comprei tudo no Magazine Luiza. 'Eu vou decorar a casa lá', não é mesmo? Eu não gosto de casa empetecada. (...) Gosto de alguma coisa na parede e aquele lá (o quadro) mexe muito comigo. Tem o piano e uma coisa de bailarina, uma sapatilha de bailarina. Coisa que eu sempre admirei foi sapatilha de bailarina. E o piano foi sempre minha paixão. E a música, olha as partituras lá. Aquilo mexeu comigo, então, eu disse: 'agora eu tenho que comprar esse quadro'. (risos). Então eu comprei lá no Magazine Luiza. Mas lá eles puseram tanta fé, depositaram tanta fé em nós lá, sabe, que eles falaram assim: 'o que vocês quiserem comprar, então compra porque nós confiamos em vocês'. A nossa diretoria deu. .. como é que chama? .. como é que se diz .. deu apoio, apoiou e, então, eles disseram: 'eles recebem o salário, eles conseguirão pagar, nem que seja o mínimo, vocês pagam as prestações que estejam ao alcance deles'. Resultado: nós pudemos comprar muito mais do que se a gente tivesse comprado à vista. Aí eu pude ir pagando e, graças a Deus, agora eu fiz um consórcio também que eu comprei aquele material para construção no consórcio. Eu pus esses pisos aqui e outras coisas que foram de melhoramentos aqui eu comprei no Magazine Luiza.(...) Eles vendem tudo, é um colosso aquela firma, sabe? É uma empresa muito forte, muito boa e de gente muito amiga da gente. Eu chego lá e eles querem que eu leve a loja inteira. (risos). 'Vamos com calma que eu agora não posso estar comprando, porque eu não tenho onde pôr'. Resultado: a casa ficou tão cheia que os aprendizes do evangelho tiveram que levar lá na Vila Tibério para guardar. E quando eu vim para cá eu acabei trazendo tudo. Eu tenho toda a relação lá que eles me deram, tudo direitinho, tudo zero quilômetro.

Sofia levou cinco anos para comprar todos os objetos necessários para sua casa. Suas colegas da Pensão continuam no mesmo local e não pretendem sair da casa e do bairro onde reconstituíram a vida.

A Branca também foi sorteada, mas ela não quer sair de lá, ela tem medo. Ela contou? Ela não contou? Ela também foi sorteada na Fazenda Baixadão. (...) Ah, a aquela lá é irreversível. Ela tem uma personalidade incrível e ... e ... e o que ela diz bate o pé e fica por ali mesmo. Ninguém convence ela. Mas eu já conversei uma vez com a psicóloga que se a gente quiser forçar uma pessoa a fazer o que ela não quer, a gente está prejudicando a personalidade dela. Deixe a pessoa fazer como ela achar melhor. A mesma coisa criança. Na psicologia infantil não deve naturalmente deixar a criança quebrar a cara, não é, deixar ele quebrar o nariz (risos), mas deixá-la aprender caindo. Caindo e aprendendo a levantar. Então, mas que essas lições não sejam tão duras a ponto de deixar .. a ponto de trazer coisas negativas para eles. E são as lições da vida e os problemas que a gente tem que aprender a solucionar. É o que eu sempre falo, antes de Pitágoras inventar a matemática, Deus já existia, porque ele não tem princípio e nem fim. Eu hei de encontrar uma solução para isso. (risos)

Nesse caminho em direção à cidade, Sofia enfrentou e continua enfrentando dificuldades. Quando ela teve a possibilidade de comprar a casa na COHAB, foi até a Vila e convidou Maria Lúcia e José Antonio, que haviam acabado de se casar, para morarem com ela. Eles aceitaram e juntos compraram a casa. Enfrentaram vários conflitos no pouco tempo que moraram juntos. José Antonio se desentendia com Sofia, com as crianças da rua. Não se entendiam na divisão de tarefas. O casal voltou para a Vila, e Sofia vem se mantendo apenas com o auxílio da LOAS. Ela tem procurado outras pessoas para morar na casa. Na Vila não há candidatos. José Antonio e Maria José se referem à Sofia como pessoa difícil de conviver. Os contatos com seus familiares que moram em São Paulo, por sua vez, são raros.

Do ponto de vista de inserção no espaço social, além de freqüentar a igreja, realizar trabalho voluntário no serviço de saúde mental, onde almoça todos os dias, Sofia é representante de usuários de serviço de saúde mental numa importante comissão de reforma em saúde mental de âmbito estadual. Tem viajado pelo Estado, convidada a proferir palestras e a participar de debates.

E para mim eu dou muito mais valor aquilo que aprende sozinho do que àquilo que uma universidade não me ensinaria. A minha universidade foi esses 33 anos que eu vivi no Santa Tereza, na Vila terapêutica, nas Pensões Protegidas e agora aqui na casa.

Luta pela sobrevivência, e momentos de solidão, marcas de nosso tempo, continuam presentes na vida de Sofia como não poderiam deixar de estar. Mas essa luta tomou um outro sentido, expressa-se num lugar bem ‘mais amplo’ do que o presídio da primeira casa ou do cenário de um pequeno paraíso: é no espaço da cidade que foi sendo conquistada passo a passo, num processo que aparentemente simulava apenas capitulação.

Eu amo essa cidade, porque foi a cidade que me recebeu de braços abertos. É como eu digo, nasci em Minas e não deu nada certo lá. Belo Horizonte foi uma mãe que me abandonou quando criança. São Paulo foi uma madrasta para mim porque não deu nada certo lá. Fiquei doente e tive que me tratar. E esta cidade foi uma mãe adotiva que valeu por todas as mães que a gente tem no mundo.

Por trás da violência dos eletrochoques, da exploração do trabalho, do submetimento a regras totalitárias, as estratégias de sobrevivência denunciam e enunciam uma possibilidade de vida que extrapola tudo aquilo que instituições totais emblematicamente representam. Temos algumas pistas para problematizar o campo das políticas públicas. Um olhar atento sobre o entrecruzamento de práticas advindas de projetos contra-hegemônicos – âmbitos jurídico-político e institucional – com o âmbito da construção de representações pelos sujeitos dessa prática, pode trazer uma qualidade diferenciada no impacto buscado por políticas conseqüentes, preocupadas com os efeitos das desigualdades sociais.

Muitas práticas implementadas a partir de diretrizes políticas que vêm na contracorrente da psiquiatria clássica, por exemplo, não buscaram desvendar a porção do desconhecimento para, assim, ampliar e recriar uma nova visão acerca dos ‘portadores de transtornos mentais’. A infantilização dos ex-moradores dos hospícios

é algo presente nas políticas e práticas e é emblemática de uma visão assistencialista muito aquém daquilo que entendemos por cidadania.

Vimos que Sofia, para sobreviver, transformou o hospital na sua libertação, libertação do cárcere que viveu desde a adolescência. Aquilo que poderia ser um episódio passageiro, algo impossível no hospital psiquiátrico, tornou-se um modo de vida, um período tão longo que ‘quase’ se tornou permanente, impedindo-a de ocupar seu lugar de cidadã, tal como ocupa hoje na ‘cidade-mãe’ que a adotou e que lhe possibilitou a vida que não é mais um cenário.

Todo cuidado é pouco para que não sejamos cúmplices na instalação de novos cenários que justifiquem e possibilitem o exercício da violência inerente às instituições totais como se estes pudessem ser promotores de saúde e cidadania. Nos casos aqui apresentados, a percepção de parte de técnicos do aparato manicomial ao colocar entre parênteses posturas discriminatórias, preconceituosas e estereotipadas (como a infantilização e a negação da fala do ‘doente mental’), abriu brechas para a criação na direção do aumento da porção ‘saudável’ acumulada provavelmente por estratégias defensivas de sobrevivência. A diminuição daquilo que está entre parênteses – e a posterior supressão desse sinal – e a participação dos sujeitos da ação sem o disfarce até então necessário pode nos dizer muito na elaboração de políticas, na constituição de práticas e no exercício de cidadania.

5 – ENTRE O HOSPÍCIO E A CIDADE: DILEMAS NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA

Apesar de o Brasil ser um país que avançou na direção da reforma psiquiátrica, de ocupar lugar exemplar, do ponto de vista da organização de um movimento antimanicomial e da constituição de modelos criativos de rede assistencial extra-hospitalar ²⁵, dados de 2000 indicam ainda a existência de 61.393 leitos em 260 hospitais psiquiátricos ²⁶. Estima-se que pelo menos 30% das pessoas internadas estejam nesta condição há mais de um ano, o que as caracterizam como internos/moradores destas instituições.

O Caderno Informativo da III Conferência Nacional de Saúde Mental (2001) afirma, na análise do panorama atual da reforma psiquiátrica brasileira, que, apesar da existência de inúmeras iniciativas de práticas substitutivas e da redução de números de leitos manicomiais em nosso país ²⁷, o modelo tradicional permanece hegemônico. Conclusão a que se chega pela constatação da capacidade instalada do sistema de atenção em saúde mental e pela verificação de que os recursos financeiros destinados a esta área têm sido alocados majoritariamente para os hospitais psiquiátricos²⁸. A esta disparidade de investimentos no sistema manicomial em detrimento dos serviços substitutivos que representam um número irrisório diante das necessidades de demandas, da presença significativa de pessoas internadas há mais de um ano nos hospícios, somam-se as situações de freqüentes violações dos direitos

²⁵ Cf. DESVIAT, 1999.

²⁶ Fonte: DATASUS – Ministério da Saúde.

²⁷ O parque asilar em crescente expansão no Brasil atingiu no ano de 1981 o número de 430 hospitais psiquiátricos, 105 mil leitos manicomiais, 80% destes pertencentes à rede privada (ALVES, 1991).

²⁸ O Ministério da Saúde tem investido verbas crescentes no sistema hospitalar: no ano de 2.000 foram investidos cerca de R\$ 460 milhões; em contrapartida, no sistema substitutivo o investimento foi de R\$ 46 milhões. A média de aplicação no setor hospitalar tem sido, nos últimos anos, de 90% do total dos recursos financeiros (Conferência Nacional de Saúde Mental, 2001). A contrapartida dos hospitais psiquiátricos diante do investimento milionário do Ministério da Saúde e dos gestores Estaduais e Municipais é a melhoria nas condições de hotelaria de tratamento dos internos, ou seja, a manutenção da lógica de internação e segregação contrária à desinstitucionalização.

humanos fundamentais no contexto de inúmeras instituições psiquiátricas²⁹, verificadas hoje principalmente em vistorias realizadas pela Comissão de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados. Constata-se também a existência de camadas significativas da população que não têm acesso a atenção em saúde mental no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) e que muitas vezes se encontram em situação de abandono ou de ‘institucionalização’ nas próprias casas (cárcere privado). Além disso, ressalta-se no Caderno produzido pela Conferência Nacional a necessidade de se aprofundarem várias temáticas, dentre estas, as concernentes a formas de atenção às pessoas com abuso ou dependências de substâncias psicoativas, à população em ‘situação de rua’, às crianças, aos adolescentes, aos adultos.

O texto mencionado reconhece ainda que a reorientação do modelo assistencial traduz processo complexo que vem sendo desenvolvido no Brasil a partir de diversos caminhos, e uma das riquezas deste mesmo processo se expressaria pela diversidade de propostas, de atores. É enfático na afirmação de que é preciso ultrapassar o modelo atual a partir de um “modelo de cuidado e não de exclusão”. Ao destacar-se a insígnia *Cuidar sim, excluir não*, que marcou o Dia Mundial de Saúde no ano de 2000, preconiza-se: “É fundamental a implementação de redes sócio-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 os 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).

²⁹ A projeção da ONG-SOS Saúde Mental de São Paulo é de que pelo menos 300 mil pessoas morreram dentro dos manicômios no Brasil, desde a criação do primeiro deles em 1841, no Rio de Janeiro. Este número aumenta para 500 mil se forem consideradas as pessoas que morreram fora desta instituição, mas em decorrências das violências sofridas dentro dela (DAÚD JR., 2000).

A constituição de redes ou de trânsito entre diferentes âmbitos e setores no espaço social e a participação ativa e intercomunicante dos vários atores neste mesmo espaço são aspectos importantes para a construção de suportes efetivos para todos os tipos de cuidados. Devemos sublinhar que o ‘cuidado’, como oposto de ‘exclusão’, parece ser aspecto central, talvez o próprio objetivo a ser alcançado nessa proposta de reorientação do modelo assistencial.

Antes de entrarmos nas considerações sobre este tema do ‘cuidar’, queremos destacar que os rumos da reorientação de modelo, inscrita oficialmente pelos órgãos governamentais no contexto da reforma psiquiátrica, têm-se mostrado contraditórios. As formulações de propostas, bem como sua implementação, têm se viabilizado pela consolidação de uma ‘aliança tática’, informal, entre Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde com representantes de políticas de saúde mental estaduais e uma parcela de representantes do movimento antimanicomial. De acordo com Daúd Jr. (2000), há mais de vinte anos a Coordenadoria comporta técnicos de livre trânsito nos movimentos de saúde mental, e estes, mesmo bem intencionados, inevitavelmente acabam por cumprir o papel de operadores da ordem institucional; a Coordenação de Saúde Mental, por sua vez, sob a lógica neoliberal, tem sido marginal quanto ao poder instituinte de práticas libertárias e, ao mesmo tempo, reprodutora dos interesses do capital.

Tal aliança hegemônica, por mais que represente interesses contraditórios, foi fundamental na implantação de uma Política Nacional de Reforma Psiquiátrica, cujos paradoxos reforçam a imagem tradicional da tragédia nacional: politicamente dependente, clientelista e falsa, quando se refere à contradição entre discurso e prática. (...) Este processo rico em contradições, complexo do ponto de vista político-ideológico, e permanente de cooptação, impediu, por um lado, o aprofundamento do debate no interior do Movimento Antimanicomial, a expressão criadora de múltiplas experiências, a multiplicação de diferenças e referências; por outro lado, esmagou as possibilidades de crítica radical à política oficial e suas conexões como, por exemplo, com a cada vez mais potente indústria farmacêutica multinacional de psicotrópicos. O mais dramático, no

entanto, foi atingir o núcleo assistencial dos modelos antimanicomiais emergentes, normatizando-os (leia-se “homogeneizando-os”) a partir de uma arma infalível – o financiamento; com o apoio ativo dos setores da aliança, ainda que indecisos, entre outras questões fundamentais quanto ao caráter público ou privado do projeto antimanicomial. Uma política assistencial e de financiamento conjugadas que orienta, a contragosto dos setores antimanicomiais independentes, um modelo reduzido de assistência à saúde mental (DAÚD JR., 2000, p. 57).

Reduzido por criar uma política vertical e compartimentalizada, fundamentada nas regras de financiamento, da adoção de um modelo único de serviço específico, considerado centro irradiador de práticas substitutivas, a ser implantado por todo o território brasileiro, desrespeitando assim as especificidades locais e o acúmulo teórico-conceitual e técnico-assistencial dos sujeitos desses mesmos territórios.

Tal política foi desencadeada nos anos de 1991 e 1992, a partir da promulgação das Portarias Ministeriais 189 e 224, que instituem novos grupos de procedimentos nas tabelas dos Sistemas de Informações Hospitalares (SIH) e Sistemas de Informações Ambulatoriais (SIA) / Sistema Único de Saúde (SUS) e que viabilizam a criação dos novos serviços de atenção em saúde mental: os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Tais portarias foram influenciadas pelas experiências singulares e específicas de dois serviços pioneiros nessa modalidade substitutiva: o CAPS Prof. Luiz da Rocha Cerqueira, inaugurado em 1987, e o NAPS de Santos, 1989.³⁰

De acordo com Amarante (2001, p. 31-32), embora tais Portarias que instituíram e regulamentaram a estrutura desses serviços tenham viabilizado a construção de muitos novos serviços, estas

produziram uma homogeneização das experiências originais, uma vez que as pioneiras, porém distintas, experiências dos CAPS e

³⁰ A Portaria 189/91 introduz dois códigos de NAPS/CAPS na Tabela SAI/SUS, um para serviço de um turno e outro para serviço de dois turnos. A Portaria 224/92 traz a definição dos NAPS/CAPS quanto aos seus objetivos, papel que ocupam na rede assistencial, tipo de pacientes atendidos, turnos de atendimentos.

NAPS, são consideradas sinônimos em tais portarias. Na medida em que a utilização dos ‘nomes próprios’ de ambas as instituições tornou-as modelos ou modalidades de serviços, e ainda, modelos idênticos, perdeu-se a pluralidade das questões por elas introduzidas.

Além de homogeneizar as experiências singulares e ditar uma padronização para todo o território nacional, tais dispositivos assistenciais têm entrado também no planejamento dos serviços prestados pelos empresários dos hospitais psiquiátricos.

Processo semelhante vem ocorrendo a partir da publicação da Portaria 106, que cria os Serviços Residenciais Substitutivos. Vimos, na discussão dos projetos abordados neste trabalho, que a formulação do texto publicado foi fundamentado principalmente nestas experiências singulares, construídas processualmente e constantemente problematizadas. Embora a regulamentação do financiamento desses serviços – pela Portaria nº 1.220 – não deixe de significar um avanço no âmbito das instâncias governamentais, há uma tendência para a homogeneização tanto das experiências – podendo reduzi-las apenas a ‘serviços’ de caráter ‘terapêutico’ – quanto da problematização delas decorrentes – pois, efetivado este caráter, as indagações e o reconhecimento dos problemas que emergem nas práticas podem vir a ser apenas normatizações.

A partir deste último aspecto indagamos: o reconhecimento de que deslocar o ‘ex-paciente psiquiátrico’ para uma casa, na comunidade, significa inserção no espaço físico e não, necessariamente, na vida da cidade, e as indagações sobre a relação paradoxal entre ‘assistir x reinserir’ no campo da saúde/saúde mental (formuladas pelos entrevistados desta pesquisa), por exemplo, poderão fazer parte de novas experiências? As constatações e questões que emergem de experiências singulares poderão ser ressignificadas e/ou reformuladas em outras indagações, proporcionando a ‘criação’ de novas práticas e novos rearranjos no espaço social? Até que ponto a regulamentação de novas práticas, apesar de necessárias, não representam apenas captura, apenas “raptos ideológicos” (PATTO, 1987) que introduzem “uma falsa história no lugar da verdadeira e instalam assim obstáculos ao conhecimento do campo teórico-prático e ao reconhecimento dos sujeitos em suas relações cotidianas” (FERNANDES, 1999b, p. 46)?

A tentativa de operacionalizar experiências ‘exitosas’ a partir de medidas e portarias normatizadoras que desconsideram as passagens necessárias para a construção de práticas podem transformar tais experiências em meras instâncias burocráticas. Os processos, ou as passagens necessárias nessa construção, não podem ser adotados ou ensinados como se ensinam ‘receitas’.

Outro tipo de homogeneização a ser considerada, poderá emergir do próprio grupo de novos moradores. As resoluções sobre a forma de financiamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos não contemplam a possibilidade de pessoas que não estavam internadas em hospitais psiquiátricos virem a ser incluídas oficialmente neste programa ou virem a ser beneficiadas, mesmo sendo consideradas portadoras de sofrimento mental. Isto porque a verba destinada à internação (AIH) de uma pessoa deverá ser repassada para o serviço residencial onde esta mesma pessoa for instalada.

O financiamento tem representado o elemento fundamental para a execução de políticas públicas. No caso aqui estudado, além de poder desencadear um processo, nos municípios, de busca pela verba ‘disponibilizada’, desconsiderando a singularidade e as especificidades locais (tal como vem ocorrendo na implantação dos CAPS), a possibilidade de financiamento para este tipo de projeto tem levado também os ‘donos’ de manicômios a implantarem uma versão privada desses serviços. Se, do ponto de vista das instâncias governamentais, há o reconhecimento, de algum modo, da importância das experiências substitutivas para a desativação dos manicômios, isto parece ocorrer principalmente a partir de uma expectativa de reduzir custos – sendo assim, os ‘donos’ de hospitais psiquiátricos também podem se candidatar a verbas e virem a se dispor a mudar suas estruturas, a partir do discurso de ‘humanização’ da instituição, implantando hospitais-dia, CAPS, centros de convivência, moradias terapêuticas.

Apesar de os documentos oficiais reafirmarem a prioridade de desenvolvimento de programas de desinstitucionalização, com garantia de acesso, acolhimento, produção de novas formas de cuidado do sofrimento, de construção dos direitos de cidadania e de novas possibilidades de vida para todos, as medidas efetivamente tomadas na direção de uma reorientação do modelo de saúde mental

evidenciam que tais propostas estão restritas, fundamentalmente, ao âmbito do discurso.

Do ponto de vista dos sujeitos envolvidos nas práticas, a contradição entre o discurso e as medidas efetivamente tomadas – pautadas nos dados quantitativos, no ideal da técnica, na despolitização das políticas sociais – parece ser significada como falta de apoio dos níveis institucionais superiores. As iniciativas tomadas por esses sujeitos, e que são sustentadas pelos significados atribuídos às lacunas que emergem dessa contradição, reproduzem parte dos mesmos princípios que sustentam a Reforma de Estado que está em curso em nosso país. No caso dos projetos estudados em nosso trabalho, chama a atenção o fato de que as equipes responsáveis busquem apoio na comunidade, numa versão muito próxima das parcerias preconizadas hoje pelo Governo das três esferas. Parcerias que foram buscadas junto a instituições filantrópicas, instituições privadas ou, numa versão mais ‘caseira’, sob a forma de ‘doações’ de recursos junto à comunidade ou aos próprios funcionários. Diante de tantos impedimentos, principalmente de caráter financeiro, algumas formas de viabilizar os projetos foram se dando a partir de medidas que reforçam o caráter crescente de desresponsabilização do Estado perante as políticas sociais.

Em relação às ‘doações’, é interessante destacar a consideração feita por um de nossos entrevistados sobre estar trabalhando pouco com esta forma de adquirir bens, pois aquilo que é doado já vem pronto, ao contrário da possibilidade de adquirir o que é de interesse do sujeito, possibilidade que permitiria alguma forma de ‘individualização’. Ou seja, de ‘ter poder’ de escolha em vez de estar submetido à vontade e à caridade do outro. Apesar deste episódio estar referido a uma experiência particular no âmbito de um pequeno grupo, podemos, a partir dele, nos remeter a uma de nossas heranças históricas, determinante da condição atual, que se refere à condição de cidadão como consumidor do Estado, como indivíduo parasita ou dependente: “é o cidadão dependente do Estado, e nessa condição, como indivíduos pobres que para sua sobrevivência dependem dos serviços providos pelo Estado” (COHN & ELIAS, 2002, p. 6).

A nova desigualdade que, crivada entre globalizáveis/não globalizáveis, numa sociedade marcada pela ausência da cidadania, como acesso a

determinados direitos universais, tem como uma de suas expressões a divisão de dois mundos regidos pelo mercado: os consumidores dos serviços providos pelo Estado – pobres sem acesso ao mercado –, e os consumidores autônomos do mercado – não pobres com acesso ao mercado.³¹

No caso relatado, fazer parcerias e também evitar a ‘doação’ nos remete a dimensões de nossa realidade. De um lado, a tendência atual do Estado, no contexto da globalização que limita os projetos sociais, de não executar políticas, mas atribuir uma qualidade de serviços a serem providos a áreas como Saúde, Educação, utilidade pública; em fortalecer uma sociedade fragmentada entre quem tem poder de consumo e quem deve continuar numa eterna dependência. De outro lado, a expressão dessas tendências macro-estruturais no espaço de pequenos grupos que, ao mesmo tempo em que reproduz a ordem vigente, produz outras significações: diante da falta do Estado no nível local, operar com parcerias nas áreas sociais que estão progressivamente transformando-se em meros locais de Serviços é reproduzir os valores do mercado; porém, quando, de alguma forma, procuram-se modos de retirar o pobre (egresso do hospital psiquiátrico) do lugar de eterno dependente do Estado, há um movimento quase que imperceptível de negar a tradição histórica que tem se expressado pela fragmentação social entre os dois mundos, o dos excluídos e o dos incluídos no consumo do mercado.

³¹ A divisão entre consumidores do Estado e consumidores do mercado foi apresentada e discutida por Conh e Elias em texto recente que, a partir da discussão de questões atuais concernentes à Reforma Sanitária brasileira da perspectiva da inclusão e exclusão sociais, analisa a experiência de parceria entre o Hospital das Clínicas (setor público estatal) e o Sistema Supletivo de Assistência Médica (Fundação Faculdade de Medicina). A fila dupla que inclui, de um lado, os usuários do SUS e, de outro, a dos usuários do SSAM, apesar de não implicar discriminações ao acesso à tecnologia, reproduz no interior do Hospital as discriminações já existentes na sociedade. É na “dimensão propriamente social da divisão do espaço físico que as discriminações sociais emergem: elas se manifestam no desconforto de os usuários do SSAM partilharem as mesmas salas de espera com os usuários SUS. Nesse sentido o ‘subsídio cruzado’ que beneficiaria a estes por possibilitar a modernização tecnológica do HC esbarra na reafirmação das discriminações sociais presentes em nossa sociedade. (...) A separação física do atendimento entre os dois tipos de usuários não afeta a qualidade técnica do atendimento, mas fundamentalmente a organização do processo de trabalho. Tem-se, com isto, que enquanto a recepção do usuário SSAM é feita na própria sala de consulta, e reforça a sua autonomia, no caso do usuário SUS a autonomia lhe é negada, sendo submetido a uma organização do processo de trabalho muito mais fracionada, tendo seu início no balcão, passando pela sala de triagem, pela própria triagem, até finalmente chegar à consulta. (...) No caso do usuário SSAM, ele é tratado como um consumidor do mercado, e que, como tal, suas preferências têm que ser respeitadas, já que se trata, neste caso, de a instituição competir com outros serviços privados. (...) E ao que tudo indica, essa discriminação só não atinge um acesso discricionário à tecnologia pelo fato de o HC ser um hospital de ensino, e como tal dispor da utilização da tecnologia no processo de trabalho para o atendimento aos usuários” (COHN & ELIAS, 2002, p. 10-11).

Diante dessas questões de tais ordens, imprescindível se faz contextualizar as Políticas de Saúde Mental e as práticas delas derivadas no âmbito das Reformas de Estado, cujo plano e implantação visariam, em última instância, como nos diz Chauí (1999), às exigências impostas pelo capital, e que incluem as Políticas no campo de serviços não exclusivos do Estado; serviços que provêm sem executar uma política.

Principalmente porque tal despolitização, se expressa, entre outras, por uma racionalização fundamentada em novas formas de gestão, de tecnificação de políticas sociais, são parte dos fatores que conduzem à homogeneização de políticas e modelos e, especificamente no caso da saúde, à redução da

questão da justiça social e da equidade e democratização da saúde a parâmetros meramente quantitativos (de custo/efetividade, cobertura, avaliação, perfil do gasto, entre outros). No entanto, se essa dimensão não pode ser desconhecida, até porque diz respeito à gerência da alocação dos recursos públicos, por outro lado tem que se ter clareza de que ela não substitui a dimensão propriamente política das reformas que se vêm promovendo no setor (COHN & ELIAS, 2002, p. 2).

A dimensão política tem estado ausente também nos estudos sobre saúde.

O tema das reformas na saúde da ótica da democratização política e institucional do setor vem sendo bastante trabalhado na literatura brasileira, dando seqüência ao fluxo da produção intelectual atinente à Reforma Sanitária no Brasil. Essa produção, no entanto, vem sendo marcada por pelo menos dois traços: a) por um relativo desprezo da questão da articulação entre política, saúde e democracia; e b) por um relativo esvaziamento das questões relativas à descentralização, à reforma do Estado e às políticas de saúde no que diz respeito às suas potencialidades e constrangimentos na implementação dos preceitos constitucionais do SUS. No primeiro caso, parte-se da desigualdade para a matriz da equidade, e por esta via aos preceitos constitucionais do arcabouço institucional do SUS e o ambiente da consolidação democrática no

país. No segundo, privilegia-se a ênfase em dimensões como a do gerenciamento, a da regionalização, a da normatização, planejamento e avaliação dos serviços de saúde, em detrimento da dimensão da desigualdade enquanto um fenômeno que envolve exatamente a articulação entre política, saúde e democracia (COHN & ELIAS, 2002, p. 1).

O pragmatismo e a tecnificação de políticas sociais ascendem e as dimensões referentes à desigualdade social são colocadas em segundo plano, exatamente num momento em que a discussão e as proposições de ‘combate à exclusão social’ e de investimento em ‘práticas inclusivas’ se faz presente em diferentes âmbitos.

5.1. CUIDAR SIM, EXCLUIR NÃO: entre insígnias e palavras de ordem

Cerca de 18.000 pessoas vivem atualmente nos hospícios brasileiros, de acordo com projeção feita pelo Ministério da Saúde, e podem vir a ser contempladas com a política de ‘desospitalização’ definida pela Portaria 106. Sabemos que, para além do número de internados/moradores, há um grande contingente populacional que engrossa os índices de portadores de transtorno mental em nosso país e que, ao mesmo tempo, estão inseridos nas fileiras dos *miseráveis* – sem emprego, sem educação, sem casa, sem família, sem cultura, sem lazer; e dos *discriminados* socialmente – portadores de necessidades especiais, loucos, homossexuais, negros, prostitutas, dependentes químicos, entre outros: de um lado, os que são denominados ‘descartáveis’, ‘desqualificados’, ‘desafiliados’, os *excluídos* dentro do debate teórico sobre a exclusão social; de outro lado, aqueles que são denominados ‘anormais’, ‘marginais’, ‘doentes’ (e que não são necessariamente excluídos do primeiro grupo), os *excluídos* do ponto de vista do banimento, do preconceito. Estamos diante de um contingente populacional que sofre, principalmente, com as consequências da injustiça social que se aprofunda cada vez mais com os rumos que a economia mundial tomou no mundo globalizado.

Naquilo que se refere às políticas de saúde mental, o contingente a ser ‘assistido’ é bastante significativo – conforme podemos depreender do próprio texto

produzido pela Conferência Nacional de Saúde Mental, pois, além de não ser restrito aos internos de hospital psiquiátrico, inclui outros tipos de atenção (modalidades de serviços e ações políticas) que não são restritas à área da saúde. Podemos ter uma dimensão deste problema quando contextualizamos as experiências consideradas em nosso trabalho – com base no número de pessoas que se beneficiaram do projeto moradia – no âmbito macro-estrutural. O impacto neste âmbito (proporção de moradores que passam pelo processo de ‘desinstitucionalização’) não se reflete em termos de números, de índices – e estes são os indicadores mais valorizados na prestação de contas dos governos, principalmente daqueles que têm como meta fundamental a manutenção no poder (este é um outro lado da tendência homogeneizante que traduz experiências ímpares em termos burocráticos: no caso da reforma psiquiátrica, transforma a ‘desinstitucionalização’ em mera ‘desospitalização’).

Os discursos de combate à exclusão social nestas instâncias macro-estruturais vão sendo utilizados e traduzidos de acordo com os interesses e especificidade que se relacionam a diferentes áreas. As ‘soluções’, ou as medidas que se voltam para ações chamadas de ‘inclusão social’ vão sendo traduzidas em políticas de proteção social (por exemplo, renda mínima, bolsa trabalho), políticas de integração dos ‘diferentes’ à sociedade (por exemplo, educação especial)³², políticas urbanísticas voltadas para a questão da segregação espacial, etc.

No que se refere ao campo da Saúde Mental, os diferentes significados transitam entre níveis (teórico, técnico, jurídico) e instâncias da estrutura social. Já havíamos sinalizado no início de nosso trabalho duas ordens de problemas que se imbricam, se mesclam, apesar de se referirem a âmbitos diversos – uma associada à questão da diferença (normalidade/anormalidade, saúde doença) e outra

³² Políticas que, provavelmente, são decorrentes de um movimento de integração e/ou inclusão que vem ocorrendo no mundo (principalmente nos países desenvolvidos do Hemisfério Norte) voltado para a garantia de direitos humanos e civis de todos os homens, independentemente de suas características ou de suas ‘deficiências’. Na última década esse movimento é descrito, segundo algumas tendências, como um movimento que ampliaria os objetivos de um movimento de integração dos portadores de necessidades especiais, implicando a participação mais efetiva da sociedade no “processo pelo qual a sociedade se adapta para poder incluir, em seus sistemas gerais, pessoas com necessidades especiais e, simultaneamente, estas se preparam para assumir seus papéis na sociedade. A inclusão social constitui, então, um processo bilateral no qual as pessoas, ainda excluídas, e a sociedade buscam, em parceria, equacionar problemas, decidir sobre soluções e efetivar a equiparação de oportunidades para todos” SASSAKI apud Araújo, 1999, p. 7-8).

que diz respeito à construção de um conceito, uma categoria ou um paradigma que possibilitassem a abordagem da questão social.

Estas duas ordens se mesclam apesar de haver uma ênfase no primeiro ponto de vista construído, entre outros, a partir das influências de correntes internacionais e de teóricos (que foram e ainda são referências obrigatórias no campo da saúde mental, como Foucault, Goffman, Basaglia, entre outros) sobre o pensamento crítico formado no âmbito dos movimentos em saúde mental. O significado atribuído à exclusão associada ao banimento do convívio no espaço comunitário ou ao confinamento no interior dos hospícios é aquele que se apresenta com mais frequência no cotidiano das práticas e que mais mobiliza profissionais e militantes.

Pudemos constatar que os termos exclusão ou inclusão sociais poucas vezes foram mencionados no âmbito das práticas estudadas neste trabalho: seja pelos técnicos, seja pelos moradores. O termo mais recorrente para caracterizar ou qualificar os objetivos propostos nos projetos desenvolvidos nesse âmbito é ‘reinserção social’, que vem associado à cidadania que, por sua vez, adquire múltiplos significados. Se nos âmbitos da formulação de políticas e dos movimentos sociais a utilização do termo ‘exclusão’ com ou sem o adjetivo ‘social’, como termo categorizado, faz menção à questão social que transcende a realidade do ‘portador de transtorno mental’, a não utilização deste mesmo termo no âmbito das práticas nos revela, de um lado, o distanciamento/cisão entre instâncias políticas e de assistência e, de outro lado, que o uso de tal termo não amplia necessariamente as formulações de políticas para além dos sentidos usuais de confinamento nos hospícios (segregação espacial), de critério que classifica indivíduos contrapondo normais x anormais, manifestação da diferença no âmbito social.

Os lemas ou insígnias – TRANCAR NÃO É TRATAR; INCLUIR PARA MUDAR; CUIDAR SIM, EXCLUIR NÃO – que circulam nos espaços que têm a Saúde Mental como questão – e que são construídos nestes mesmos espaços – funcionam como palavras de ordem e aparecem estampados em cartazes de divulgação de eventos e de manifestações públicas, em panfletos explicativos sobre a questão antimanicomial e sobre os serviços substitutivos, em documentos oficiais dos setores governamentais. Lemas que, quando analisados, revelam este sentido da contraposição ‘normalidade x anormalidade’ traduzida como ‘saúde x doença’ pela ênfase colocada sobre

instituições e/ou dispositivos de tratamento, sobre modelos de cura e em práticas terapêuticas.

‘CUIDAR SIM, EXCLUIR NÃO’, lema proposto pela Organização Mundial de Saúde, é bastante revelador de tais questões. ‘Excluir’ aparece como oposto de ‘cuidar’. Retomando a história da psiquiatria, lembremos que o hospital surge como o próprio dispositivo de cura. A organização do espaço hospitalar fundamentada na disciplina pode ser entendida como o próprio tratamento; se o dispositivo de cura é o hospício, a única forma de se ‘beneficiar’ de tal dispositivo é estar confinado ao seu espaço, sem contatos com o mundo externo, ‘excluído’ do convívio social estabelecido até o momento da internação.

Dentre os sentidos etimológicos da palavra *cuidar* destacamos *tratar de, ter cuidado com a saúde* (CUNHA, 1997); *prevenir-se* (FERREIRA, 1986). O contrário da exclusão é tratamento, porém, na lógica manicomial exclusão também é tratamento. As questões que devemos formular, portanto, são aquelas que se referem ao que se entende por tratamento e prevenção; quem será o ‘cuidador’, agente desse cuidado e que não se identifica com a exclusão.

Sobre esta última indagação, constatamos que nas experiências recentes em saúde mental – dentre estas os projetos de moradia estudados por nós – um vínculo de dependência mútua se estabelece entre profissionais e ‘usuários’ dos serviços. No caso dos egressos do hospital psiquiátrico, como já discutimos, os vínculos sociais que prevaleceram durante o longo tempo de internação foram estabelecidos com a figura do profissional: confinamento configura-se como impossibilidade de ter um grupo social, uma família, um documento de identidade, um nome.

Muitos destes técnicos, por sua vez, apesar de lutarem contra o “desejo de serviços depurados, higiênicos, ambulatoriais” sucumbem à sua tradicional “vocação terapêutica” (BASAGLIA, 1991). Dificuldades que a população egressa poderá vir a ter para se ‘adaptar’ a uma nova condição social, ocupacional, ou de manter adesão ao tratamento medicamentoso ou psicoterapêutico; manutenção de condições dignas de alojamento e subsistência dos moradores; a possibilidade de emergência de sintomas que podem levar a uma reinternação; dúvidas quanto à recuperação de ‘habilidades’ para tarefas da vida diária e social (ou com uma ‘reabilitação’ psicossocial); estas são algumas das preocupações dos profissionais,

que surgem das práticas substitutivas de ‘reinserção social’, relatadas também em trabalhos publicados sobre o tema residencialidade. Preocupações essas que se somam ao receio de ‘desassistir os usuários’ ou, ao contrário, de propiciar uma assistência que reproduza e mantenha a relação manicomial da estrutura asilar.

Entre o hospício e a cidade podem se processar rupturas ou continuidades – de paradigmas e de lugares concretos e imaginários para a vida dos sujeitos e da cidade. Ao técnico de saúde é atribuído o papel de ligação, um dos elos da passagem, mas a passagem deverá ser também deste mesmo profissional que, apesar das mudanças de paradigmas que os orienta, poderá manter ou reeditar, mesmo que de forma oculta, parte da vocação inicial de intervir na vida das pessoas e da cidade, originada da constituição de um campo da medicina social e de uma estratégia de intervenção fundamentada na higiene mental. Podemos constatar em vários trechos do relato/discussão de nossa pesquisa de campo, a clareza, entre os profissionais, sobre o princípio de que o retorno à vida social não significa assistência em saúde. Na prática, porém, nem sempre é assim que se procede, principalmente diante do preconceito que circula na sociedade diante do ‘portador de transtorno mental’, alvo da preocupação dos profissionais que acabam por ter dificuldades em abandonar o papel de protetor.

O caminho inverso daquele que se refere ao momento inicial de constituição da psiquiatria que leva do hospício à cidade pode reeditar, em muitos momentos, o papel de monitoramento, administração e acompanhamento no processo de uma nova ‘adaptação’ de quem chega à cidade. A preocupação com a regulamentação de moradias feitas exclusivamente no âmbito da saúde, e com esta, a determinação de modelos específicos de serviços voltados para a ‘reabilitação social’ ou para a ‘reinserção social’ parece também, em muitos momentos, reeditar o lugar das medidas técnicas sanitárias presentes na organização das cidades.

Até que ponto os técnicos podem ser o elo nessa transição e até que ponto esse lugar não repete o caráter de controle e vigilância incorporado na prática assistencial de saúde pelos profissionais e corroborada pelas expectativas pautadas sobre o lugar que foi sendo construído socialmente através da intervenção nas cidades são questões a serem investigadas.

5.2. Passagens possíveis: ruptura ou continuidade?

Retomemos o momento de saída do hospício em direção à cidade. Para o ‘paciente psiquiátrico’ esse é um momento de angústia por ser um momento de ‘des-adaptação’. Depois de tantos anos, seqüestrado de seu lugar de origem, conviver com a perda das mínimas habilidades adquiridas no espaço que antecede o confinamento, passa a fazer parte da referência de quem mora dentro do hospício. Temos como hipótese que este processo de perda representa, para o sujeito, um ‘aprendizado forçado’ acompanhado do desenvolvimento de estratégias de sobrevivência – ou estratégias defensivas, conforme discutido por Dejours (1987). Os comportamentos adquiridos tenderiam a se cristalizar, pois a recuperação das antigas habilidades para a vida na sociedade fora do hospício requereria um outro aprendizado que pode ser tão penoso quanto o que se processou durante a internação. Nesse sentido, podemos supor que a saída do sujeito do hospício para uma outra casa, em muitos casos, pode representar apenas uma mudança espacial, um *continuum* da experiência vivida no hospício.

Podemos buscar subsídios para esta discussão nas pesquisas que se inserem no campo da psicopatologia e psicodinâmica do trabalho, pois muitas das exigências impostas nos setores de produção se aproximam da relação administrada das instituições totais – por exemplo, o sistema de vigilância, as atividades estabelecidas em horários rígidos e em movimentos repetitivos que são também reunidas num plano racional único voltado para atender os objetivos oficiais da empresa. Daniellou, Laville e Teiger (1989) entendem que a inadequação entre regras impostas pelos sistemas técnico-organizacionais e as características de funcionamento do ser humano acarreta, entre outras conseqüências, deformações provocadas pela obrigação de modificar o funcionamento habitual para se adequar às regras impostas. São comportamentos adaptados de forma rígida às exigências específicas do trabalho que se assemelham a condicionamentos generalizados que não desaparecem ao término da jornada de trabalho. Os períodos de aprendizagem das tarefas prescritas são em geral muito difíceis e produzem manifestações de sobrecarga como, por exemplo, as crises nervosas. Em momentos de reorganização da fábrica ou de rotação das tarefas são comuns manifestações de resistência à mudança por parte dos operários. Esta resistência não está relacionada ao sentimento

de satisfação com a tarefa atual, mas associa-se, principalmente, à intensidade da carga de trabalho que representou a aprendizagem da tarefa no posto atualmente ocupado.

No hospício, lugar de violação ao sujeito e à sua vocação social, o processo de institucionalização exige também uma adaptação à vida institucional, e para isso, o interno precisa tornar-se temporariamente incapaz de enfrentar aspectos de sua vida diária. Ao ser submetido a uma série de rebaixamentos, degradações e humilhações, o paciente torna-se inapto até mesmo para realizar atos do fazer cotidiano que eram realizados automaticamente e que são parte do convívio social. Nesse processo, segundo Goffman (1999), o ‘eu’ sistematicamente mortificado começa a passar por mudanças radicais. As mutilações vão ocorrendo pela barreira colocada entre o hospício e o mundo externo (a proibição de visitas e saídas assegura a ruptura inicial profunda com papéis vividos anteriormente e uma ‘avaliação’ da perda de papel); pelo ritual do processo de admissão ao qual o novato é submetido, codificado num objeto que pode ser modelado pelas operações de rotina (enumerar, pesar, tirar impressões, fotografar, desinfetar, cortar o cabelo, etc.); pelos testes de obediência que procuram verificar como o internado se mostra obediente com as normas; pela deformação pessoal a partir da troca de bens despojados (nomes, coisas, roupas) por substitutos padronizados e pertencentes à instituição; pela violação dos territórios do eu (corpos, ações imediatas, pensamentos, alguns bens que estão fora do contato com coisas estranhas).

Nesse processo o sujeito é colocado num papel submisso não usual para um adulto em nossa sociedade. A economia pessoal de ação é afetada – por exemplo, não pode mais ajustar suas atividades de acordo com suas necessidades como, por exemplo, adiar uma refeição para terminar uma tarefa. É preciso pedir permissão até mesmo para as atividades essenciais (fumar, barbear-se, tomar banho, ir ao banheiro).

Paralelamente aos processos de ‘mutilação do eu’ desenvolve-se um sistema de privilégios que oferece um ‘esquema’ para a reorganização pessoal, no qual o ‘paciente’ ganha algumas regalias que aparentemente nada representam para quem está fora do hospital, mas que permitem retomar alguns comportamentos que eram vividos automaticamente no seu dia-a-dia quando estava fora do hospital. Esse

sistema de privilégios, que inclui prêmios e castigos, configura-se como forma de controle.

Em relação ao papel submisso e não usual para um adulto, que é atribuído ao ‘paciente’, chama-nos a atenção aspectos concernentes à exigência de permissão até para realização de necessidades básicas como, por exemplo, o ato de urinar e defecar. Nesse sentido, nos hospícios perde-se o controle não somente dos esfíncteres, mas o controle da própria vontade. A realização dessas funções, freqüentemente, só pode acontecer com a aprovação da equipe dirigente. Pedir para ir ao banheiro faz parte das novas regras; porém, esse pedido nem sempre é ouvido, seja por descaso, seja como forma de punição. As respostas orgânicas a esses ‘tratamentos’ agressivos e/ou punitivos vão desencadeando a quebra dos limites relacionados à intimidade que se refere às funções fisiológicas.

Desse modo, na instituição total não ocorre apenas a ruptura dos espaços de dormir, trabalhar e brincar, mas também a ruptura total entre o público e o privado, entre a intimidade e o modo de se apresentar ao outro. Podemos perceber que nos trabalhos que buscam resgatar a humanização do atendimento aos ‘doentes mentais’ – seja no próprio espaço do hospital, seja nos espaços fora deste – questões relacionadas com a recuperação de condições fundamentais – ou da reconstrução dos limites entre o público e o privado e entre as funções orgânicas e a organização psíquica – são colocadas como prioridade – atividades relacionadas com cuidados pessoais fazem parte das ações de equipamentos específicos em saúde mental.

Se, por um lado, tais atividades são relevantes como uma das formas de resgatar as condições reprimidas, por outro, estas não deixam de se associar, mais uma vez, a um processo de des-adaptação seguida de nova adaptação. Nesse sentido, temos como hipótese que uma das dificuldades em se alcançar os objetivos propostos nas tarefas de resgate dessas habilidades está associada a uma forma de defesa da pessoa internada contra mais uma imposição do sistema manicomial. A quebra dos limites e a perda de ações de auto-cuidado, impostas por esse sistema como forma de dominação, passa a fazer parte dos comportamentos adquiridos no universo do hospício. A tentativa de ‘reeducação’ que muitas vezes se frustra parece ser uma forma de rebeldia da pessoa internada – mesmo trazendo conseqüências penosas a ela própria – ao que pode estar sendo vivido como uma nova tentativa de submissão. Indagamos, portanto, se o fracasso ou os limites percebidos pelos trabalhadores

diante desse ‘aprendizado’ refere-se apenas às dificuldades do paciente ou, mais do que isso, representa uma forma de resistência ao que pode ser lido como uma nova forma de imposição.

Esta hipótese se fortalece ainda mais quando percebemos a preocupação de alguns de nossos entrevistados em não repetirem ‘comportamentos adquiridos’ durante a internação, e adjetivados pelos técnicos de ‘comportamentos cronificados’, em situações que possam significar ruptura com a lógica manicomial. Como relatamos anteriormente, alguns dos moradores das casas alojadas dentro do complexo hospitalar parecem não se importar em desenvolver comportamentos que rompam com a lógica do paciente institucionalizado - fazem as refeições em qualquer lugar utilizando bacias e ‘canequinhos’ de plástico (similares às aquelas utilizadas nas unidades de internação), sem se preocupar com os modos de comer, não têm preocupação com a aparência. No entanto, quando saem para a cidade, muitos desses comportamentos desaparecem. Conforme relatos de profissionais do hospital e observações feitas durante nossa pesquisa de campo, ao saírem para a cidade as preocupações com a aparência física se manifestam (“pra ir mal-arrumada no baile, eles reparam, não é?”); quando entram num restaurante são recuperadas as formas consideradas adequadas para se fazer as refeições; ao se receber visitas em casa, há uma preocupação com os utensílios que vão ser utilizados para receber esses visitantes. Uma das entrevistadas, ao nos receber em sua casa dentro do hospital, expressa muito bem tal preocupação:

Nós gosta de dar água no copo da visita. Passa uma aguinha aí viu, Nilva? Passa aguinha por dentro, só para tirar a poeira. Está tudo limpinho, porque eu lavei tudo ... Eu comprei aqui veneno para matar barata ... Os armários eu limpei, limpei as mesas, limpei televisão, limpei o sofá, está tudo limpinho.

Receber visitas ou se relacionar com pessoas que não tenham nenhuma vinculação com a instituição psiquiátrica é algo muito valorizado e parece representar uma das importantes e efetivas rupturas com o sistema manicomial. A fala do morador de uma residência assistida por profissionais de um CAPS, relatada numa pesquisa sobre Moradia Assistida (WEYLER, 2000) é bem significativa:

Aqui, o hospital vem a casa, é isso! Eu acho que aqui o hospital vem a domicílio (risos), um hospital a domicílio. E, às vezes, eu penso também que seria normal ... não está bem certo na minha cabeça, seria uma casa onde as pessoas viessem, assim... eu não sei se eu trato os psicólogos como psicólogos, como amigos, ou como colegas (risos), é isso, você entendeu? Eu queria receber visitas e não só tratamento... às vezes eu vou lá (no CAPS) e não me julgo paciente, sabia?(...) Ah, não me julgo paciente, queria ser uma pessoa normal, uma pessoa normal. Ser anormal normal (...) Passar mais pessoas que não sejam pacientes, aqui eu não vejo chegar uma pessoa que não seja paciente... pessoas que não sejam pacientes para passar umas horas, ou ficar o final de semana ou ajudar fazer alguma coisa, ajudar na limpeza... poderia uma pessoa ajudar a fazer a limpeza, entendeu? Uma pessoa paga. E, é uma dúvida também, que eu tenho pessoas amigas, que não estão em tratamento psiquiátrico.

Entendemos que a difícil adesão dos pacientes às atividades de ‘reabilitação’ propostas pelos profissionais de saúde mental – e também o sentimento de frustração que emerge entre estes diante das dificuldades perante sua prática, que objetiva tais atividades – diz menos respeito aos limites pessoais dos pacientes ou do trabalho desenvolvido pelos técnicos e mais aos processos de controle, dominação e submissão que mantêm as características da instituição manicomial.

Pudemos observar durante nossa pesquisa que, em algumas casas instaladas fora do espaço hospitalar, o comportamento cronificado continua presente e, em momentos de crise, estes se intensificam e são manifestados principalmente pela perda dos limites entre o público e o privado (por exemplo, o uso indevido de espaços que requerem a preservação de intimidade como os sanitários). Nessas situações, a casa parece representar apenas um espaço de continuidade do próprio hospital. Tais manifestações parecem reforçar, nos profissionais, a iniciativa de manterem uma ligação com os moradores egressos do hospital e uma busca por alternativas que possam substituir a relação ‘paciente-técnico’ herdada no período de internação. As dificuldades em superar esse tipo de vínculo realimentam a continuidade da lógica manicomial nas casas e se referem, entre outros aspectos, ao

dilema entre lugar de administração x lugar de moradia, entre reinserção x assistência.

Um aspecto relevante a ser considerado neste contexto refere-se à frustração do trabalhador diante dos limites ou lentidão das ações voltadas para o resgate de condições consideradas necessárias para a vida social. Temos constatado que no trabalho desenvolvido nos hospitais, cuja meta é a progressiva desospitalização, há uma expectativa dos profissionais em promover atividades voltadas para a ‘reabilitação’ que, num primeiro momento, recupere ‘habilidades’ para o cuidado pessoal. Mas, tais objetivos nem sempre são atingidos da maneira como se espera ou como se idealiza: o entendimento sobre o que vem a ser uma ‘nova adaptação’ para a reinserção social é de certa forma determinado por princípios e propostas dos movimentos sociais de saúde, de reforma psiquiátrica, e pelo olhar e objetivos estabelecidos pelos diferentes profissionais envolvidos com o trabalho em saúde mental.

Muitos dos trabalhos voltados para o auto-cuidado, para a higiene pessoal, relatados ou observados em projetos de reinserção social, aproximam-se de um ‘treinamento’, de um trabalho de ‘capacitação’ para a vida social. Os resultados destes trabalhos, de um ponto de vista externo, poderiam ser considerados positivos quando os objetivos em propiciar o ‘reaprendizado de hábitos’ para a vida social fossem atingidos. No entanto, podemos perguntar: quem mais se beneficia desse ‘progresso’? Não seriam os ‘não-pacientes’? Qual o significado que pode estar adquirindo a recuperação dos hábitos anteriores se estes não forem inscritos no contexto de um outro lugar (que não seja o hospício)? Se o novo espaço de moradia adquire apenas o status de local mais higiênico, onde será possível ter um pouco mais de paz, onde é possível ficar só para se viver a ‘loucura’, a internalização de novos hábitos, provavelmente, só fará sentido se for para garantir essa ‘tranquilidade’ que, de certa forma, é o mesmo que se tenta buscar no hospício, nos lugares mais esdrúxulos, como estratégia de sobrevivência ou de adaptação. A resistência em superar comportamentos cronificados pode ser lida como tentativa em manter espaços dentro do hospital que se instalam como lugar de refúgio.

Passei muito tempo observando como os pacientes se isolam dos outros. Um paciente geralmente se sentava na base de uma escada de incêndio, de forma que ficava protegido pelas plantas de um lado, e pela grade do outro. Outros se deitavam em bancos colocados em áreas distantes e fingiam dormir quando alguém se aproximava. Nas enfermarias, um paciente podia sentar-se num canto e colocar revistas ou um casaco nos bancos próximos, a fim de proteger o espaço. O uso de objetos pessoais para indicar posse é muito comum nas estações rodoviárias, restaurantes e salas de espera, mas o doente mental está limitado para usar este método, pois não tem objetos pessoais. Se, o que é improvável, tiver uma revista ou um livro, e se o deixar numa cadeira vazia, o objeto rapidamente desaparecerá (SOMMER, 1973, p. 41).

A partir de tais questões, inevitavelmente retornamos à relação e aos critérios que definem normalidade x anormalidade/patologia. São questões que nos levam a indagar sobre as estratégias defensivas não somente do ‘paciente psiquiátrico’, mas principalmente sobre as ‘estratégias de evitação’ desenvolvidas pelos técnicos, pelas instituições, pela sociedade.

O fechamento do manicômio fala a língua da revelação dos internos das instituições, o privado da família, da medicina, dos cárceres, do partido: a estes aparatos é exigida uma exibição mais transparente nas suas regras, e é neste ponto que as resistências se condensam, pois a exigência parece ser, desta vez, realmente excessiva (BASAGLIA, 1991, p. 45).

E como nos diz Bleger (1989, p. 50),

a sociedade tende a instalar uma clivagem entre o que se considera como sadio e como doente, como normal e como anormal. Assim, se estabelece uma clivagem muito profunda entre ela (a sociedade ‘sadia’) e todos aqueles que, como os loucos, os delinquentes e as prostitutas acabam produzindo desvios e doenças que, supõe-se, não

têm nada a ver com a estrutura social. A sociedade se autodefende, não dos loucos, dos delinquentes e das prostitutas, mas de sua própria loucura, de sua própria delinquência, de sua própria prostituição; dessa maneira, ela os coloca fora de si mesma, ela os ignora e os trata como se lhe fossem estranhos e não lhe pertencessem. Isso se dá através de uma profunda clivagem. Essa segregação e essa clivagem são transmitidas pelos nossos instrumentos e pelos nossos conhecimentos.

A história da psiquiatria e da psicologia é reveladora desse comprometimento; a visão naturalizada de homem, as ‘teorias’ explicativas e as ‘técnicas’ de vocação adaptativa fundamentadas nessa visão, instrumentalizam a manutenção das relações antagônicas inerentes às sociedades industriais capitalistas. A ciência e os cientistas,

capturados eles também pela aparência como ideologia onipresente que aprisiona o indivíduo numa organização compacta, vinculam-se à sociedade como *dado*, identificam a ciência com as forças produtivas, tornam-se prisioneiros das idéias que dificultam a compreensão do real, julgam-se esclarecidos sem sê-lo e portam inscientes a debilidade ética que marca as formações capitalistas. É assim que, de instrumento de esclarecimento, o conhecimento torna-se espelho no qual indivíduo e sociedade coincidem, restando ao homem a tarefa de adaptação ao que existe (PATTO, 2000, p. 173).

Nesse sentido, a loucura apreendida na categoria ‘doença mental’ é emblemática da ideologia como “conjunto de idéias que mascaram o real ao referirem-se exclusivamente, de modo convincente, às suas manifestações mais visíveis a olhos distraídos” (PATTO, 2000, p. 173). O egresso do hospício desperta um misto de curiosidade e receio, provoca sentimentos de medo, raiva, penalização, desencadeia comportamentos de indiferença, violência e assistencialismo. Prevalece a idéia de ampla ressonância social na qual o mal está localizado no indivíduo e de que o problema dos ‘loucos’ e ‘desviantes’ diz respeito a uma patologia.

Estas são questões que reiteram os limites de práticas assistenciais; reafirmam que a proposta de reinserção social, além de não ser apenas assistência em saúde, ultrapassa também o ato de oferecer casa e condições decentes para o expaciente psiquiátrico. Tais questões, que estão relacionadas ao trânsito na cidade, nos remetem a um dos princípios colocados pelo movimento antimanicomial, qual seja, de superação da cultura manicomial – segregadora, discriminatória, estigmatizante – que permita a ‘convivência dos diferentes’ sem a marca do preconceito.

Portanto é necessário irmos além do pensamento ingênuo de que a aceitação dos diferentes na convivência é superação da cultura manicomial. O mascaramento da realidade por ‘teorias’ explicativas parciais que justificam processos excludentes – cujo estabelecimento se dá com base em condições econômicas, políticas sociais historicamente determinadas e não pelas características de indivíduos e/ou grupos – compõe parte da cultura denominada manicomial. Se é no âmbito das relações intersubjetivas e experiências subjetivas que tais ideologias se cristalizam e se realimentam, certamente não é dele que elas são originadas.

5.3 - Uma pequena cidade

Consideramos que, do mesmo modo que o contato, a troca, entre egressos do hospital psiquiátrico e grupos de pessoas que não circulam nos espaços voltados especificamente para a questão da saúde e da saúde mental, podem representar uma das modalidades de ruptura efetiva com a lógica manicomial, o trânsito entre áreas do conhecimento e entre a diversidade de práticas parece também ser uma das possibilidades de romper o círculo vicioso “entre a *repetição do mesmo* e o *eterno retorno do antes* que teceram os fios onde se rearticulam as práticas e os discursos da história da psiquiatria” (BIRMAN, 1992, p. 83).

Os ideais e objetivos – de superação da sociedade de controle e de suas normatizações – almejados pelas diferentes instâncias voltadas para a produção de teorias, definições políticas e construção de práticas em saúde mental não são exclusivos desta área. O contato com algumas produções e indagações formuladas no campo da Arquitetura é suficiente para reforçar tal idéia e possibilitar a reformulação das questões que nos afligem a partir de outra perspectiva.

A identificação de necessidades como principal medida para as construções e como meio de expressão de valores voltados para a liberdade e dignidade de cidadãos – idéias que circulavam entre um conjunto de arquitetos de influência marxista durante o período da ditadura militar no Brasil – pode ser vista como sustentação de propostas que se opõem às noções de eficiência do mundo capitalista e à tecnificação que encobre a realidade da exploração e especulação numa sociedade que vive em função do mercado.

O finlandês Alvar Aalto (apud CAMARGO, 2000) que foi responsável pela criação de uma ‘nova consciência dos espaços interiores’, faz uma relevante proposição na perspectiva da arquitetura, que se aproxima daquelas que vêm sendo produzidas no campo da saúde mental referente aos modos de viver: estes espaços interiores dever sem concebidos segundo problemas concretos da vida cotidiana, “sem fórmulas predeterminadas de composição e sem propor teorias de como a sociedade deveria viver”.

As políticas e as técnicas que as fundamentam, sejam de qual natureza for, não podem desconsiderar tais perspectivas, pois quando as desconsidera trabalha sobre um ideal de sociedade homogênea, de cidade higiênica, desconsiderando que a realidade urbana é também lugar de expressão de conflitos existenciais:

o encontro de diversidades, as tensões e a luta pela sobrevivência garantem o dinamismo no processo de desenvolvimento humano. Apesar de todos os seus problemas, a cidade é a maior e mais maravilhosa criação do homem e, de todas, aquela que mais diretamente o atinge e o beneficia. Fazendo cidades o homem definiu o seu espaço específico e antinatural. Criou um espaço artificial, cultural e urbano. As cidades engendram processos de invenção e produção, são o local de maior acumulação e cultura (GUEDES apud CAMARGO, 2000, p.40)

Essa riqueza e complexidade da cidade, consequência do encontro das várias forças que a compõem, a tornam também muito vulnerável, uma vez que está sujeita a todas as influências e pressões, e nenhum poder é, a rigor, capaz de assimilar os efeitos dos atos humanos (CAMARGO, 2000).

As cidades são formações abertas, dinâmicas e difíceis de entender e não se adaptam a medidas de caráter restritivo, não comportam a implantação de um modelo rígido a ser seguido por um longo período de tempo. Segundo Guedes (apud Camargo, 2000), o desenho que estabelece os parâmetros estáticos numa cidade é insuficiente diante de um crescimento sujeito a muitas injunções e de difícil controle. As soluções procuradas devem abandonar modelos pré-estabelecidos, em favor de teorias urbanísticas que conduzam o processo de desenvolvimento, que trabalhem a cidade como um território em construção contínua, como um ser vivo cujas potencialidades se desenvolverão a partir de seus próprios conflitos e de acordo com as condições históricas oferecidas ao longo dos anos.

Ao considerar que a cidade é uma grande casa e a casa uma pequena cidade, Guedes (apud CAMARGO, 2000, p. 52) nos chama a atenção para a tendência que temos, freqüentemente, de avaliar o que é bom para os outros segundo nossos próprios olhos: “as casas constituem um laboratório que permite refletir, lidar com o homem e seu lugar, suas complexas necessidades, com os materiais e a tecnologia, com a luz, a economia, a ética e a política, confirmando a tese de Alberti de que ‘a casa é uma pequena cidade’”. Neste sentido, este arquiteto ressalta que toda e qualquer política deveria incluir nas suas definições as necessidades transmitidas por aqueles que seriam os ‘beneficiados’ ou pelos seus intermediários legítimos (representantes reais) – o morador de uma favela, certamente, jamais veria sua necessidade como nós a vemos para ele.³³

Sem nos deixarmos levar por uma posição conformista e perder nossa indignação diante das injustiças sociais, e tentando não cair nas armadilhas dos sentimentos de pena, dó, vontade de assistir os chamados ‘pobres’, ‘desvalidos’, ‘carentes’ – pois suas riquezas, seu valor e carências (muitas destas não são de sua exclusividade) podem se tornar invisíveis diante do olhar penalizado que também reproduz uma forma de superioridade e dominação – podemos entender a favela, nesta perspectiva, não apenas como problema, mas, como nos diz Guedes, principalmente como uma das soluções que revela a capacidade de construir e de superar os problemas na luta cotidiana pela vida travada pelo povo.

³³ Em palestra proferida na mesa: Os sentidos do Morar e a cidade: uma questão para a saúde mental, realizada no IPUSP em maio de 2002.

A favela é emblemática das soluções buscadas nessa luta perante os problemas da vida cotidiana, e a partir dela podemos novamente indagar sobre quais soluções o novo morador da cidade, egresso do espaço segregado e amaldiçoado do hospício, vai encontrar em sua nova empreitada.

Embora o hospício represente lugar de horror, ele é fruto da organização da cidade e parte desta mesma cidade. O hospício tem lugar no imaginário coletivo, é depositário das mazelas das quais pensa estar livre quando não se está sob o seu domínio. E quando se está, pode representar a morte psíquica e a morte física, porém nem sempre o domínio se concretiza e as vozes destoantes são caladas – dentro do hospício Bispo do Rosário reconstruiu o mundo. A dimensão oculta da cidade é levada para dentro do espaço manicomial, portanto, apesar de todo o processo de submetimento, das tentativas de achatamento da realidade humana, a vida de algum modo continua pulsando em toda sua complexidade.

Quando nos deparamos com tais questões, somos obrigados mais uma vez a indagar sobre nossas produções teóricas e técnicas: é possível, a partir delas, reconhecer as dimensões ocultas que não se restringem ao latente considerado próprio do inconsciente?

Em nossa estada nas três cidades mencionadas, que fizeram parte de nossa pesquisa de campo, e da posterior permanência em duas delas, percebemos que *independentemente da composição da equipe e das diferentes concepções* que orientaram a construção dos projetos de moradia, muitos aspectos e situações se repetiam nas diferentes casas visitadas: na forma de organizar a casa e em suas rotinas, no modo de nos receber e mostrar os objetos adquiridos, na independência perante alguns dos cuidados pessoais antes submetidos à supervisão dos técnicos (“eu tomo meus remédios sozinha”; “eu não preciso mais de remédio”).

Tal situação nos faz colocar mais do que nunca entre parênteses – apesar de considerar sua relevância – o conhecimento técnico que vem sendo acumulado no campo da saúde mental. O acúmulo, a experiência, a produção teórica de uma equipe parece, em algumas situações, não fazer diferença significativa nos modos dos novos moradores se organizarem – talvez a diferença se faça presente quando existe a possibilidade de construção de elos com a vida. Uma das experiências que mais nos impressionaram foi aquela em que se fez presente uma

postura aberta para novas experiências associada à paciência e empenho para decifrar signos que pudessem permitir a descoberta: a busca incansável de pistas de parte da equipe do Hospital Paraíso para recuperar o nexo da história de vida e o resgate dos vínculos perdidos durante as décadas de internação manicomial nos remete a uma atitude que transcende a ação técnica, mesmo que esta seja impecável do ponto de vista de seus princípios. A possibilidade que aqueles aparentemente inválidos para a vida fora das instituições tiveram de reencontrar familiares que já os consideravam mortos, a partir de informações que, por tantos anos, foram desconsideradas e desqualificadas pelos técnicos; de reconstruir o elo de sua história; de ressignificar o modo de estar no mundo e de poder projetar um futuro nos dá algumas lições. Revela mais uma vez nossa visão limitada sobre o mundo.

O espanto e o julgamento que fizemos diante do ‘jeito’ muito próprio de morar de Ernesto e sua esposa Marisa – sentimento e atitude que não foram apenas nosso, mas também de alguns técnicos que acompanharam a trajetória desse casal – merecem aqui ser resgatados. Lembremos que a COHAB disponibilizou uma casa (um cômodo de tijolo) de péssimas condições para o casal que, com o dinheiro que haviam guardado, construiu cômodos demais para o espaço de que dispunham, e organizou o espaço interno e a composição de objetos segundo uma lógica que não é habitual para os técnicos: misturam-se na organização da casa os objetos que a compõem – os sacos de estopa pendurados nas paredes que guardam os grãos de café para serem torrados e moídos na hora do consumo, os retalhos de panos para confecção de tapetes, as ferramentas usadas na construção e manutenção da casa; as fotos tiradas nas ocasiões especiais (como as do casamento, que mostram vizinhos, funcionários do hospital, parentes) para marcar esses acontecimentos; as plantas que ornamentam; as imagens da TV e o som do rádio. Lugar de morar e de trabalho, que nos remete às origens do homem do campo, porém, lugar ressignificado no contexto da vida urbana.

A indagação sobre os possíveis modos de viver nos faz recuperar o outro lado da história, a ‘não oficial’, que se perdeu no contexto da ‘nova cidade’: a dos costumes dos ancestrais camponeses que introduziram uma outra relação com o espaço para compensar a precariedade do novo hábitat, uma outra relação com o corpo (mesmo diante das exigências perante a intimidade imposta com o modelo de organização da casa burguesa), uma outra relação com as coisas (no emprego dos

materiais, da reciclagem, da troca, da economia cotidiana que, em vários aspectos, escapa em parte ao mercado monetário). Se o hospício reedita a junção das esferas da vida (dormir, trabalhar, brincar) que se separaram na nova organização da cidade, o progressivo desmonte dos manicômios reedita novamente esta forma de vida aparentemente banida.

Se a organização da casa pode se dar de forma a não processar tais separações, podemos dar a esta pelo menos dois significados: reedição da lógica manicomial como estratégia defensiva contra o processo de desadaptação/adaptação; e continuidade de um ‘jeito de viver’ que, pela junção, contraria a ordem prescrita do ‘bem viver’.

A primeira destas possibilidades talvez não nos traga tanto estranhamento, pois a ‘doença mental’ é, apesar de estranha, uma ‘evidência’ partilhada; porém, de que modo a explicitação da existência de ‘territórios não normatizados’ vai circular pela cidade é algo a ser pensado. Ao reconhecimento destes territórios não poderíamos atribuir um dos sentidos libertários da loucura, uma das contribuições à superação dos problemas da cidade, tal como propôs o arquiteto Michelluci?

Como nos diz Baptista (1999), se usarmos como metodologia o “estar atento ao ato subversivo da criatividade”, encontraremos minúsculos contadores de histórias, pequenas narrações retardadoras de aceleração de tempos desencarnados da cidade do mercado veloz e neutralizador.

Esta outra história – própria de modo de viver não totalmente prescrito e recriado diante da precariedade de condições infra-estruturais – é freqüentemente subjugada, condenada, alvo de preconceitos e de medidas sanitárias; é classificada em categorias que substantivam adjetivos (carentes, pobres, loucos, excluídos). As pessoas assim categorizadas se vêem nesta condição? Se há sentimentos de desqualificação, de humilhação, de vergonha em várias situações sociais, tais sentimentos seriam representativos da totalidade do sujeito?

Cremos que não. As pessoas que são incluídas nessas categorias freqüentemente não se vêem pertencendo a estas, pois sempre há alguém que seria ‘realmente’ o pobre, o miserável, o louco, na sua representação, e este alguém não seria exatamente o que elas representam sobre si mesmas. Presenciamos cenas bastante significativas nesta perspectiva: um de nossos entrevistados, que fora

internado ainda adolescente e vive com um salário mínimo numa casa do hospital, manifestou dó e compaixão para com as pessoas “pobres que não têm uma casa para morar”, principalmente aquelas que moram sob o viaduto. Uma outra entrevistada relata o sofrimento diante das punições e da violência a que foi submetida por tantos anos no hospício, porém manifesta preocupação para com os “doentes da cabeça”, se houver o fechamento dos hospitais psiquiátricos. A violência no hospício ou as necessidades diante da falta de recursos vão sendo relativizadas quando se referem à história de vida de quem as enunciou.

Entre os ex-internos do hospício, o estigmatizado freqüentemente é o outro com quem não se quer proximidade, de quem não se lembra o nome, aquele que incomoda com os seus pedidos. O preconceito e a discriminação transitam nesses espaços que estão em construção, num constante jogo encobrimento-revelação.

Por exemplo, ex-pacientes mentais, que se conheceram na instituição, podem manter um controle tácito sobre esse fato no mundo exterior. Em alguns casos, como quando um deles está com pessoas normais, ambos podem se ignorar, passando um pelo outro como se não se conhecessem. Quando ocorre um cumprimento, pode ser discreto; o contexto do conhecimento inicial não é explicitado, e o indivíduo cuja situação é a mais delicada tem o direito de regular o conhecimento e o intercâmbio social posterior ao encontro (GOFFMAN, 1992, p. 105).

Por outro lado, muitas vezes a marca do estigma é usada como benefício secundário: os anos de reclusão no hospício são utilizados para se tirar vantagens em várias situações, como fazer pedidos de doação (mesmo que os ganhos sejam para fazer caridade, como é o caso das solicitações que Branca faz na feira), de redução de preços das mercadorias, de compras ‘fiado’ ou, ainda, para obter recursos financeiros (vendas de produtos, benefício da LOAS).

O modo como é significado e/ou utilizado o benefício da LOAS é revelador das contradições que se colocam neste âmbito. É obtida, em vários casos, a partir de um reconhecimento público de uma ‘deficiência’, porém o significado que lhe é atribuído é de uma aposentadoria. A vontade de ter um trabalho fixo, de estar empregado oficialmente pouco se manifestou como algo desejado. Ao contrário,

vimos casos em que o emprego conseguido após a internação foi deixado, com a justificativa de que muito se trabalhou dentro do hospital e que agora é o momento de se ter uma vida tranqüila, sossegada, própria de um aposentado.

Além do reconhecimento público da ‘deficiência’, da ‘doença’, a partir da solicitação do benefício previsto pela LOAS, vários casais que se constituíram nesse processo abriram mão da oficialização da união matrimonial para garantir o recebimento desse benefício. A não oficialidade de situações que deveriam ser de direito do cidadão nos leva à dimensão da cidade oculta, tal como revelada na proporção significativa de moradias construídas em solos não legalizados em nosso país, por exemplo, que ‘isenta’ o Estado de tomar as providências sociais devidas, do ponto de vista de políticas de habitação. Ao mesmo tempo, representa uma solução precária para o grande contingente populacional que não tem outra saída, a não ser fazer parte do exército populacional que constitui essa cidade não oficial. Quantas outras situações estariam sendo resolvidas sob esta perspectiva? Resoluções que nos fazem questionar cada vez mais sobre o que se entende por direitos sociais e cidadania em nosso país.

As constatações e questões levantadas são aspectos de situações não homogêneas que se relacionam ao modo como os novos moradores vão ocupando seu espaço: entre dois extremos podemos situar, de um lado, as casas que representam uma continuidade do hospital e, de outro lado, aquelas em que os moradores buscam romper com a tutela não apenas dos profissionais de saúde, como também do Estado. Ernesto, por exemplo, casou-se oficialmente, trabalha no espaço do hospital e faz planos de um dia poder parar de trabalhar, quando a esposa puder receber a aposentadoria por idade. Presenciamos, durante uma conferência de saúde mental, o depoimento de um casal de ex-internos que reivindicava o direito de poder trabalhar e ser reconhecido oficialmente, de não depender do Estado e ficar enclausurado numa situação que lembra invalidez; o casal fazia uma discussão pública sobre o projeto de moradia, o que nos dá a dimensão de que a luta pelos direitos de cidadania não se restringe a ter uma casa, aposentadoria e assistência.

Rupturas e continuidades são dois aspectos que se confundem neste processo; a derrubada dos muros do hospício significa ruptura com a lógica

manicomial, mas não nos esqueçamos: quando os muros caem o que fica é a continuidade entre os espaços.

Os problemas existenciais presentes no hospício, até então administrados, agora se manifestam com intensidade. As saudades da família sobre a qual não se tem notícias:

Saudades, ah! Eu tenho viu. Dos irmãos, do meu pai, da minha mãe. Tenho um irmão que agora está moço. Quando a minha mãe deu ele, ele era pequenininho.

A sexualidade camuflada atrás das moitas do complexo hospitalar e nos relacionamentos homossexuais dentro dos pavilhões se expressam agora pela vontade de se ter uma companhia, de constituir outra família:

Ela toma anticoncepcional, essa é outra questão da sexualidade. De uns anos para cá a gente tem feito esse trabalho, ver de outra forma. Todas as mulheres vão para geriatria e obstetrícia. Quem tem o seu parceiro vai discutir lá no posto, o planejamento. Nós temos gente, que já foi embora, que fez laqueadura, pediu para ser operada no Hospital das Clínicas. Todos os homens vão para a urologia, num posto na cidade. Nós já tivemos homens que hoje têm companhia, que teve queixas íntimas (...) foi acompanhado na cidade. Eu acho que isso é um direito que eles têm conquistado de forma mais digna.

Os conflitos escondidos nos sintomas não podem mais ser homogeneizáveis nas aglomerações dos pavilhões, que já não podem ser tratados pela medicação como contenção química, quando se aumenta a dose do medicamento e “tudo fica quieto”. Ao sair do pavilhão:

Aparece o quanto a medicação mascara muita coisa da pessoa. A gente tem uma moradora que hoje ela toma uma dosagem mínima. Eu lembro dela no Pavilhão. Ela era uma pessoa apagada, era uma pessoa que ficava deitada lá. Veio para os Lares Abrigados e quando diminuiu, apareceu quem era ela. Era uma pessoa supercontroladora, preocupada, fofqueira, sabe? Cuidadosa com os mais velhos.

Apareceu um perfil ... briguenta, moralista mas isso não aparecia no Pavilhão. Lá você não sabia quem era ela. Era uma pessoa que deitava lá e lá ela ficava. Diminui a medicação ... então aquilo não é sintoma, é a personalidade dela, é o jeito de ser mesmo. E a gente viu isso aqui na Vila. Tem muita gente hoje que não toma mais medicação. Nada, nada. Muita gente tomando anticonvulsivante, chegou aqui e você ia ver que nunca teve crise convulsiva ou teve crise há 20 anos atrás e vem tomando os Gardenal da vida.

As indagações, no tempo presente, sobre o futuro da humanidade são baseadas nas previsões dos ‘antigos’, nas representações herdadas noutros tempos antes da internação:

Eu estava falando pra ela das coisas tristes que estão acontecendo. Os antigos falavam, o que meu pai falava o que minha mãe falava (...) Deu no rádio, deu no rádio aqui de Ribeirão, tudo quanto é notícia. (...) nunca aconteceu isso, isso que está acontecendo. Falaram que no fim do mundo ia faltar água e está faltando. Quanta água não falta por aí. A gente tem até medo de não chover mais. Falavam que ia ter seca. Eles falavam que ia chegar o fim do mundo. Não tá tendo mais água aí no rio. Tem um lugar aí fazendo seca (...) Eu estava vendo no Jornal Nacional a falta d’água, falta de pasto. Eu rezo pra dar chuva: pra Santa Izabel. Eu pego minha santa aí e chove. Os funcionários tá pedindo pra pegar o santo. Tenho São José, Nossa Senhora da Aparecida. Eu rezo (...) e chove.. Eu tenho fé em Nossa Senhora da Aparecida. (...) Rezei pra achar a família dela (uma que mora na mesma casa), achou.

As angústias que se expressam pelo medo continuam, mas a ruptura pode vir a se manifestar pela resignificação: dos eletrochoques ao temor da violência da cidade (os roubos, os assaltos, a fome), medos que não impedem os passeios pela cidade – nos restaurantes para saborear “comidas gostosas”; no cemitério para visitar e prestar homenagem aos colegas que se foram; nas praças, museus e igrejas; e acima de tudo nas lojas e supermercados – a corrida para o comércio local onde se adquirem bens com os carnês das prestações que se estendem

pelas dívidas assumidas, mas lhes asseguram a ocupação de um lugar no mundo que é o dos consumidores.

Vimos pelos nossos interlocutores que assimilar a vida nos centros urbanos é saber lidar com ‘câmbio’ (troca, permuta e escambo); é saber comprar os víveres que suprem as necessidades. O dinheiro foi o elemento principal para impulsionar parte dos projetos de moradia que foram abordados neste trabalho. Permitiu, por um lado, que os técnicos saíssem de uma ação exclusiva assistencial em saúde, pois a quantia mensal estabelecida pela LOAS só poderia ser adquirida pela apresentação de registros de identidade: inicia-se a corrida para tirada dos documentos, o que envolvia o resgate da história daqueles que se candidatassem ao benefício. Por outro lado, os moradores passaram a ter como planos a aquisição de bens (desde alimentos e roupas até a casa própria). Cidadania e consumo misturam-se na produção de subjetividade: “aprender a usar o dinheiro permite que se faça os planos de vida”.

Coloquemos por ora esta relação entre parênteses, para nos atermos aos novos sentidos que a aquisição de objetos pelos novos moradores dos centros urbanos podem adquirir no trânsito entre o hospício e a cidade. Os anos de segregação significaram ruptura com espaços onde vivia a família ou os membros de uma comunidade. Ao discutir o desenraizamento, Bosi (1994) afirma que um dos mais cruéis exercícios da opressão econômica sobre o sujeito é a espoliação da lembrança, e a mobilidade extrema impede a sedimentação do passado.

Se a mobilidade e a contingência acompanham nosso viver e nossas interações, há algo que desejamos que permaneça imóvel, ao menos na velhice: o conjunto de objetos que nos rodeiam. Nesse conjunto amamos a quietude, a disposição tácita mas expressiva. Mais que um sentimento estético ou de utilidade, os objetos nos dão um assentimento à nossa posição no mundo, à nossa identidade. Mais que da ordem e da beleza, falam à nossa alma em sua doce língua natal. O arranjo de sala cujas cadeiras preparam o círculo das conversas amigas, como a cama prepara o repouso e a mesa de cabeceira os instantes

prévios, o ritual antes do sono. A ordem desse espaço povoado nos une e nos separa da sociedade: é um elo familiar com sociedades do passado, pode nos defender da atual, revivendo-nos outra. Quanto mais voltados ao uso cotidiano, mais expressivos são os objetos. (...) São estes os objetos que Violette Morin chama de objetos biográficos, pois envelhecem com seu possuidor e se incorporam à sua vida: o relógio da família, a medalha do esportista, a máscara do etnólogo, o mapa-múndi do viajante. Cada um desses objetos representa uma experiência de vida. Penetrar na casa em que estão é conhecer as aventuras afetivas de seus moradores (BOSI, 1994, p. 441).

Mas quais objetos pessoais, quais objetos biográficos puderam acompanhar esses moradores seqüestrados de seu meio e espoliados de seu direito de ir e vir durante décadas ao longo de suas histórias? Em seu percurso errante, de instituição em instituição, nenhum objeto lhes restou; em alguns casos, nem mesmo seu próprio nome ou o nome do local onde nasceram lhes restaram na memória.

Os nomes não são lembrados, mas a saudade de outros tempos e de uma família é tema constante. A vontade de encontrar um irmão, mesmo aquele que nunca se conheceu e do qual apenas se teve notícia de existir, demonstra a vontade de recuperar algo no tempo perdido, talvez da infância agora tão distante. Em alguns casos, congela-se o tempo, não é possível se reconhecer no espelho, nas fotografias atuais, mas apenas naquelas desse tempo perdido. Como nos diz Bosi, a casa materna é uma presença constante nas autobiografias e nem sempre esta é a primeira casa que se conheceu, mas aquela onde foram vividos os momentos mais importantes da infância.

A casa humana recolhe uma coleção de objetos que nos ligam ao passado da família – são retratos, panos, um livro, adornos, móveis, muitas vezes recebidos dos pais, dos avós, objetos que carregam histórias e fazem com que o morador se agasalhe na natureza mas

também no mundo dos ancestrais. A casa vive do presente mas também vive de reviver o passado, guardando os tesouros dos dias antigos (GONÇALVES FILHO, 1995, p. 19).

Os restos de objetos apropriados no hospício, que eram escondidos sob o colchão para que não sumissem, já não é mais preciso esconder; o que se adquire, nesse novo momento marcado pela ruptura, deve ser exibido para se ter certeza de que a existência não é apenas imaginária. A aquisição de objetos no mundo de consumo reforça a identidade de quem possui, mas nestas histórias aqui contadas, a busca por esses bens é também a procura por algo que faça sentido, que possibilite a criação de um elo na construção do canto, do ninho³⁴: quadros na parede – que traduzem valores da música, da dança e das letras ou da aproximação de ídolos bem-sucedidos; máquina fotográfica que registra os momentos que devem permanecer na memória; a caixinha que aconchega os pertences pessoais que vão se tornando mais significativos; e sobretudo, os armários que organizam e permitem a visualização de cada novo valor adquirido. Os aparelhos eletrônicos concorrem com as caixinhas, os bibelôs, as fotografias: demonstram a importância de poder adquirir mercadorias valorizadas socialmente. Dentre estes, os aparelhos de televisão que todos possuem e que são a marca da modernidade, a terceira janela que está para além da cidade:

(...) a primeira janela foi a porta, foi a porta-janela, ou seja, há uma única abertura para os homens, para as coisas, para o ar, para a luz. Não deve haver arquitetura sem porta, assim a porta-janela é a primeira janela. A segunda janela, a porta que ilumina, que serve apenas para iluminar, para olhar e para arejar, aparece muito tardiamente. Aparece, de início, com o claustro, isto é, com as estreitas aberturas nos locais sagrados, porque, como a luz é assimilada ao divino, deve-se deixar que o raio de luz penetre no espaço. Em seguida, a janela torna-se mais larga, nos castelos dos príncipes, porque os castelos dos príncipes estão cercados de

³⁴ O ninho é um esconderijo da vida alada: “No mundo dos objetos inertes, o ninho recebe uma valorização extraordinária. Queremos que ele seja *perfeito*, que traga a marca do instinto bastante seguro. Ficamos encantados com esse instinto e o ninho passa facilmente por uma maravilha da vida animal” (BACHELARD, 2000, p. 104-105).

murallas fortificadas e pode-se abrir, sem riscos, a interioridade da casa. A janela, com seu balcão, passa a ser lugar de exibição de mulheres (...) Para o camponês a janela continuará bem pequena e não terá, praticamente, utilidade alguma. (...) Na cidade, a janela formará a fachada e continuará a ser um lugar de exibição para as mulheres, para as flores que ali são colocadas, para os lençóis que são instalados como na Feira de Sevilha; é um balcão de teatro, e para se estar informado deve-se abrir a janela, pela manhã, e ver o que acontece na rua, se está chovendo, se é dia de feira, se há pessoas passando. A terceira janela é a televisão. Acorda-se pela manhã e liga-se o botão para ver o que está acontecendo no mundo, o tempo que está fazendo etc. (...) Ela é uma abertura sem fachada. Essa abertura dá para fora da cidade, ela não dá mais para a praça pública, para a rua, para os vizinhos, ela dá para o que está além (VIRÍLIO apud BAPTISTA, 1999, p. 36-37).

A TV traz as imagens de um outro mundo distante que não é o do tempo perdido. A construção de novos elos é imprescindível para a religação entre o passado e os planos de futuro, no tempo presente.

Destruída a parte de um bairro onde se prendiam lembranças da infância ao seu morador, algo de si morre junto com as paredes ruínas, os jardins cimentados. Mas a tristeza do indivíduo não muda o curso das coisas: só o grupo pode resistir e recompor traços de sua vida passada. Só a inteligência e o trabalho em grupo (uma sociedade de amigos de bairro, por exemplo) podem reconquistar as coisas preciosas que se perderam, enquanto estas são reconquistáveis. Quando não há essa resistência coletiva os indivíduos se dispersam e são lançados longe, as raízes partidas. Podem arrasar as casas, mudar o curso das ruas; as pedras mudam de lugar, mas como destruir os vínculos com que os homens se ligavam a elas? (BOSI, 1994, p. 452)

5.4. Finalizando

Estamos falando de passagens: das políticas que devem ultrapassar a homogeneização e a burocracia; dos técnicos e de sua necessidade de romper com a vocação terapêutica; do novo morador da cidade e da ressignificação do lugar que ocupa no mundo.

A ressignificação deve estar presente como constante, nos campos que se voltam para a produção do conhecimento.

Devemos, para tanto, voltar-nos para as novas formas de subjetivação que, para além das variações das histórias individuais, revelem suas articulações com as condições sociais e históricas. Dessa forma, qualquer proposta de transformação em saúde mental (...) deve considerar que os dados estatísticos, obtidos a partir de estudos epidemiológicos, são fundamentais para mapear uma situação e devem ser usados como um dos indicadores, a ser levado em conta, nas propostas de transformação sugeridas. Nesse sentido, seguindo o encaminhamento dado em algumas discussões, se dados preliminares sugerem que nossa realidade seja equivalente à norte-americana, em relação a indicadores diagnósticos (...), tais dados isoladamente não nos autorizam a encaminhar qualquer proposta de reforma. Eles devem ser analisados, de um lado, à luz dos modelos que definem as categorias de sinais identificadores das doenças e, de outro, à luz dos indicadores das transformações reguladoras das relações sociais entre as pessoas num dado momento histórico. Dessa forma, por exemplo, a mudança nas relações de trabalho podem estar determinando alterações nas relações entre as pessoas, alterações estas, portanto, emergentes dessas novas condições. Atribuir a essas novas condutas o caráter de um sintoma depressivo, por exemplo, pode mascarar e encobrir os fatores determinantes desse comportamento. Incluir tais pessoas, portadoras desses novos comportamentos, na categoria diagnóstica de depressivo é, no mínimo, perigoso (FERNANDES, 1999a, p. 96).

Como nos diz Fernandes (1999a), a conceituação em saúde mental é marcada por muitos caminhos, mas nenhum deles pode dar conta da liberdade de abstração necessária que produzem as nomeações para a saúde e para a doença. As soluções atuais devem contemplar um encaminhamento na direção da abertura de um novo horizonte de possibilidades, que suponha o reconhecimento de uma crise de paradigmas.

Vivemos uma crise do sujeito. Esta revela um sistema mundial capitalista, o qual, ao mesmo tempo em que transnacionaliza os problemas, procura localizar as soluções para o nível subnacional. A relação entre interesse e capacidade é transferida, através do individualismo e pelo consumismo, para a esfera privada. Muitas são as possibilidades e vários são os limites para abordar nosso objeto de conhecimento. Dentro do conjunto de dificuldades que enfrentamos, uma delas diz respeito ao tempo. A exigência de soluções a curto prazo, própria à temporalidade do consumo, desconsidera, principalmente em relação à questão que estamos a discutir, uma temporalidade de médio e longo prazo, isto é, intergeracional, mesmo avaliando que a operacionalização dessas soluções ocorra na dimensão intrageracional. Outra dificuldade diz respeito à localização do que se quer ‘atacar’, isto é, à questão do inimigo. Assim como se globalizam os problemas também se globalizam as suas causas, o que impede a sua visualização (FERNANDES & SCARCELLI, 2002).

À Psicologia Social cabe contribuir para a decifração dos problemas que nos afligem. Mas havemos de convir que este comparecimento não pode estar apenas complementando partes de um modelo explicativo sobre o qual não se operou e que pode lhe ser estranho. No campo da saúde mental, a

relação entre doença mental e estrutura social tem sido objeto de investigação de uma psicologia social que, embora reconhecendo a determinação biológica, não a opõe a determinações sociais. Procurando afastar-se dos modelos subentendidos às formas de tratamento, apoiados na afirmação de que o mal é, por sua natureza, aquilo que deve ser eliminado (o que suporia a idéia de um núcleo ou de um corpo perfeito que foi perturbado), reencontra a identidade do sujeito, produzida nas determinações múltiplas do social e não entregue à mortífera forma enclausurada de uma identidade em si

mesma, imóvel e tendendo sempre ao reencontro de si mesma (FERNANDES, 1999a, p. 95).

Na nossa busca de decifrações, façamos nossas últimas indagações, interrogando sobre alguns dos sentidos atribuídos à inclusão social, antônimo/complementar de exclusão social, quando surgem propostas nesta direção.

O que dizer da *inclusão como integração*, como *aceitação da diferença*, se “o capitalismo do mercado do mundo global não teme o diverso; ao contrário, o valoriza, necessita da diferença de cores, estilos, comportamentos, que logo transforma em mercadorias para o consumo” (BAPTISTA, 1999, p.126)?

E da *inclusão como inserção no mundo do trabalho*? Isto nos leva a pensar sobre o significado do trabalho como atividade exclusivamente humana (Marx, 1983) e que ocupa um lugar especial na vida e na vida mental dos homens, como técnica para a conduta da vida que prende firmemente o indivíduo à realidade por lhe fornecer um lugar seguro na comunidade humana (Freud, 1977). Se é instituição que instala um elemento organizador e estruturante do sujeito em sua relação com o mundo e atividade social mais valorizada é também,

contraditoriamente, a que menos pode se sustentar, pela impossibilidade concreta de obtê-la diante das novas exigências profissionais geradas, sem dúvida pelos novos modelos de gestão nas políticas de recursos humanos que tentam decifrar e revelar esse homem plural. Pluralidade que supõe multífaces, aqui traduzida como identidade maleável à procura da originalidade, marca registrada do sucesso. (...) quem não trabalha num tal universo não pode se tornar mais que um desorientado, um marginal, um louco, a se prender, destruir ou excluir. Os efeitos da subjetivação estão aí expressos. Ansiedade de não estar à altura, de enganar-se, de não ser bem sucedido, de não ser suficientemente criativo, de não conhecer o que se faz, etc. O mundo dos vencedores torna-se o mundo da exclusão: quem tem emprego teme perdê-lo; quem não o tem já está excluído. O que se pede das pessoas? O que se espera de nós? Somos resíduos sociais? (FERNANDES, 1999, pp. 43-44).

E inclusão como *inserção no mundo do consumo de mercadorias*?

Com o desmoronamento do mundo do trabalho, a inclusão na sociedade capitalista mais do que nunca se desloca da condição de empregabilidade ao acesso ao consumo. A contradição do capitalismo hoje se revela pela necessidade cada vez maior de aumentar esta quantidade de consumo, embora cada vez mais se amplie o contingente de miseráveis que não têm acesso a essas mercadorias.

São essas contradições que se fazem presentes nos projetos de reinserção social. Naquilo que se refere aos egressos do hospital psiquiátrico, pudemos perceber que melhores condições de moradia e possibilidade de consumo associam-se à tutela (dos serviços assistenciais, do Estado); porém ter autonomia e libertar-se é correr o grande risco de cair na espiral da precariedade – sem emprego e sem assistência, assim como parcela considerável da população mundial. Quantos dos 18.000 moradores de hospícios brasileiros – para não falarmos dos outros tantos milhões de desassistidos – poderão alcançar um lugar não tutelado e ter uma situação razoável nesse universo de tantos miseráveis? Se há uma dívida social para com aqueles que sofreram entre tantos outros processos excludentes a punição de ficar confinado, submetido, como a sociedade saldará essa dívida?

Diante de tanta complexidade, ao considerarmos os objetivos deste trabalho, devemos sublinhar a relevância das indagações que se colocam acerca do valor heurístico de noções e conceitos tão difundidos no debate e na busca de soluções para os problemas sociais que nos afligem. Não temos dúvidas de que os problemas estruturais só poderão ser resolvidos a partir da superação das contradições do próprio sistema de produção capitalista. Mas isto não nos retira a responsabilidade de continuar buscando soluções, mesmo pontuais, e, principalmente, de desvendar as complexidades de nossa realidade social. Diante da esfinge decifremos o enigma ou, inevitavelmente, seremos devorados.

ANEXO

CRONOGRAMA DE VISITAS E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Primeira Cidade

1 ^a ETAPA	ATIVIDADE
27/09/2000	<ul style="list-style-type: none"> Entrevista com gerente
27/09/2002	<ul style="list-style-type: none"> Visita a moradias instaladas no complexo hospitalar Entrevista com moradores Entrevista com gerente substituta Visita ao Visita ao museu de psiquiatria
27/09/2000	<ul style="list-style-type: none"> Entrevista com dois moradores da cidade
28/09/2000	<ul style="list-style-type: none"> Acompanhamento de atividades da auxiliar de enfermagem – visitas de rotina às moradias Visita às unidades do complexo hospitalar Visita ao Hospital Dia

Segunda Cidade

1 ^a Etapa	ATIVIDADE
25/10/2000	<ul style="list-style-type: none"> Entrevista em grupo com funcionários e moradores do Núcleo de Convivência Entrevista com gerente do Visita a todas as casas da Vila Terapêutica, total de cinco. Entrevista em grupo com funcionários e moradores da Vila Terapêutica Visita a primeira Pensão Protegida instalada na cidade Entrevista com moradores da Pensão
2 ^a Etapa	
10/07/2001	<ul style="list-style-type: none"> Observação da Assembléia de Moradores da Vila Terapêutica (15 moradores) Visita a casa de Fada, Nilva e Helga na Vila Terapêutica Início entrevista com Fada, posteriormente chega Nilva e a entrevista é realizada com a dupla. Observação externa da Vila Terapêutica e conversa com alguns moradores Entrevista com duas funcionárias de referência (orientadoras) das casas da Vila Terapêutica

	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista com Maria Lúcia e Antonio Soares, moradores da Vila Terapêutica • Observação no núcleo de convivência (17 moradores) e conversa com alguns moradores. • Visita a República (local com 25 moradores) e entrevista a alunos aprimorandos de Psicologia e auxiliar de enfermagem. • Visita ao Pavilhão feminino do Hospital e entrevista a psicóloga.
11/07/2002	<ul style="list-style-type: none"> • Observação no Núcleo de Convivência (distribuição de medicação aos moradores da Vila) • Entrevista com Rubinho na sua casa que é também de Ademir e Lauro, na Vila Terap • Entrevista com Maria Lúcia e Antonio Soares • Observação no Núcleo de Convivência • Caminhada com Ernesto do Hospital Paraíso até sua casa na COHAB • Visita a casa de Ernesto e Marisa, na COHAB • Observação no Núcleo de Convivência (atividades na sala da casa) • Entrevista com fisioterapeuta do Hospital Psiquiátrico
12/07/2001	<ul style="list-style-type: none"> • Visita ao Ambulatório de Saúde Mental localizado no centro da cidade • Visita a Pensão Protegida onde moram Carmem e Tânia. • Entrevista com Carmem e Tânia. • Visita a Pensão Protegida onde mora Fátima. • Entrevista com Fátima. • Visita a Pensão onde moram Branca, Gracinha, Madalena e Linda. • Visita ao núcleo de atenção psicossocial no centro da cidade e primeiro contato com Sofia • Retorno ao ambulatório de saúde mental e primeiro contato com Anita e Antonio José. • Acompanhamento a Sofia até sua casa na COHAB • Entrevista com Linda na Pensão Protegida onde mora. • Observação de atividades de rotina na Pensão Protegida. • Entrevista com a orientadora (Janete) da Pensão protegida.
13/07/2002	<ul style="list-style-type: none"> • Levantamento de reportagens publicadas nos jornais e revistas locais sobre o Projeto de moradias do Hospital Paraíso.
16/07/2001	<ul style="list-style-type: none"> • Observação da Assembléia de moradores da Vila Terapêutica • Ida à casa de Sofia (Hospital a COHAB) guiada por José Antonio. • Entrevista com Sofia na sua casa na COHAB
17/07/2001	<ul style="list-style-type: none"> • Visita ao Ambulatório de Saúde Mental (observação das atividades da recepção e entrevista com alguns funcionários) • Ida a dois Bancos com três moradores de uma casa da

	<p>COHAB – Anita, José Antonio e Gabriela – e uma profissional do Ambulatório de Saúde Mental.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ida ao supermercado com os três moradores e a profissional para fazer a compra mensal. • Ida à casa dos três moradores até a casa na COHAB partindo do supermercado no centro da cidade. • Observação da casa onde moram, na COHAB. • Ida ao mercadinho do conjunto habitacional com uma das moradoras (Anita) da casa. • Ida à casa de Sofia, na COHAB.
18/07/2002	<ul style="list-style-type: none"> • Levantamento de documentos oficiais, boletins, panfletos sobre o Projeto de moradias do Hospital Paraíso.
19/07/2001	<ul style="list-style-type: none"> • Observação das atividades de rotina na Vila Terapêutica • Entrevista a gerente do Núcleo responsável pelo projeto de reinserção social do Hospital Paraíso. • Visita a Pensão Protegida onde moram Onofre, Angela e Carvalho. A visita é guiada por um dos moradores da Vila Terapêutica (José Antonio). • Entrevista em grupo com a participação dos três moradores da Pensão e do morador da Vila. • Observação de atividades na Vila Terapêutica.
21/07/2001	<ul style="list-style-type: none"> • Participação na festa de aniversário de Rubinho, realizada na Vila Terapêutica do Hospital Paraíso. • Visita a casa de Sofia, na COHAB.
20/01/2002	<ul style="list-style-type: none"> • Visita ao Hospital Paraíso para entregar parte da pesquisa de campo elaborada em texto para a equipe da Vila Terapêutica e do Núcleo de Convivência.

Terceira Cidade

1ª ETAPA	ATIVIDADE
18/10/2000	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista com Gerente do Centro de Atenção Psicossocial / Unidade Extra-Hospitalar • Consulta aos documentos produzidos pela equipe do CAPS referentes à implantação de moradias extra-hospitalares.
2ª ETAPA	
02/07/2001	<ul style="list-style-type: none"> • Observação/Participação no Curso sobre implantação de serviços residenciais terapêuticos, destinado à Equipe do Hospital Casa Rosa e coordenado pela Equipe do centro de atenção psicossocial. O curso foi realizado no Hospital Casa Rosa, onde tivemos a oportunidade de conversar com vários funcionários e conhecer parte de atividades realizadas.

03/07/2001	<ul style="list-style-type: none"> • Observação/Participação no Curso
04/07/2001	<ul style="list-style-type: none"> • Observação/Participação no Curso
05/07/2001	<ul style="list-style-type: none"> • Observação/Participação no Curso
15/08/2001	<ul style="list-style-type: none"> • Observação na recepção do Hospital Casa Rosa • Entrevista ao Gerente do Núcleo Clínico do Hospital • Visita a Unidade de Internação I do Hospital Casa Rosa: observação de atividades no pátio, entrevista com alguns moradores. • Visita a Unidade de Internação II do Hospital. • Visita a duas casas em processo de instalação: moradias de alta complexidade.
22/08/2001	<ul style="list-style-type: none"> • Visita a seis moradias extra-hospitalares e entrevista a alguns de seus moradores.
18/09/2001	<ul style="list-style-type: none"> • Visita à casa de Thaís, Marta e Piedade. Entrevista com seus moradores.
09/10/2001	<ul style="list-style-type: none"> • Idem
16/10/2002	<ul style="list-style-type: none"> • Idem

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, D.S.N. et al. *Elementos para uma análise da assistência em Saúde Mental no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde/SNAN/Corsam, 1991.

AMARANTE, P. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: SDE/ENP, 1995.

AMARANTE, P. *Revista Saúde em Debate*, 58, Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES). Rio de Janeiro, 2001.

AMARANTE, P. (Org.) *A loucura da história*. Rio de Janeiro: LAPS/ENSP/FIOCRUZ, 2000.

AMARANTE, P. Manicômio e loucura no final do século e do milênio. In: FERNANDES, M.I.A (Org.) *Fim de século: ainda manicômios?* São Paulo: IPUSP, 1999.

AMARANTE, P. *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Fiocruz: Rio de Janeiro, 1996.

ANDRADE, C.E.; OLIVEIRA, R.A.S.; PIZZAIA, M.M.M.S.; CASTRO, M.G.S.; ROCHA, M.L.E.P.; AJUDARTE, S.M.B.; ALVES, A.S.A.; INFANTE, R.S.C.; REIS, Y.C.; SILVA, D.C.M. Oficinas Comunitárias – Um programa de atenção psicossocial. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 43(1): 39-43, 1994.

ARANTES, O.; VAINER, C.; MARICATO, E. *A cidade do pensamento único: desmanchando consensos*. Petrópolis: Vozes, 2000.

ARAUJO, A. *O acompanhamento Terapêutico no processo de reabilitação psicossocial de pacientes psiquiátricos com longa história de internação*. Universidade Federal de São Carlos: Dissertação (mestrado), 1999).

ARENDT, H. *Entre o passado e o futuro*. Perspectiva: São Paulo, 2000.

BACHELARD, G. *A poética do espaço*. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

BANDEIRA, M. Competência social de psicóticos: parâmetros do treinamento para programas de reabilitação psicossocial – Parte I. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 48(3): 95-99, 1999.

BANDEIRA, M. Desinstitucionalização ou transinstitucionalização: lições de alguns países. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 40(7): 355-360, 1991.

BANDEIRA, M.; LESAGE, A.; MORISSETE, R. Desinstitucionalização: importância da infra-estrutura comunitária de saúde mental. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 43 (12): 659-666, 1994.

BAPTISTA, L.A. *A cidade dos sábios: reflexão sobre a dinâmica social nas grandes cidades*. São Paulo: Summus, 1999.

BASAGLIA, F. *Psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática*. São Paulo: Editora Brasil Debates, 1982.

BASAGLIA, F. *Instituição negada*. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1985.

BASAGLIA, R. Vocação terapêutica e luta de classes. In: DELGADO, J. (Org.) *A loucura na sala de jantar*. São Paulo: Resenha, 1991.

BERTOLLI FILHO, C. Medicina e trabalho: as “ciências do comportamento” na década de 40. *Revista História*, São Paulo, n.127-128, p. 37-51, ago-dez/92 a jan-jul/93.

BIRMAN, J. A cidadania treloucada. In: BEZERRA, JR., AMARANTE, P. (org.) *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

BLEGER, J. *Simbiose e ambigüidade*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1988.

BLEGER, J. *Temas de Psicologia*. São Paulo: Ed. Martins Fontes, 1989.

BOSI, E. *Memória e sociedade: lembranças de velhos*. São Paulo: Cia. Das Letras, 1994.

BOURDIEU, P. *A miséria do mundo*. Petrópolis: Vozes, 1997.

CAMARGO, M.J. *Espaços da arte brasileira: Joaquim Guedes*. São Paulo: Cosa & Naify: 2000.

CARLOS, A.F.A. O lugar: mundialização e fragmentação. In: SANTOS, M. (et all) *O novo mapa do mundo: fim de século e globalização*. São Paulo: Hucitec- ANPUR, 1994.

CARVALHO, M. *Revista Saúde em Debate*, 58, Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES). Rio de Janeiro, 2001.

CARVALHO, M. Os espaços da loucura nos recortes da instituição psiquiátrica: a ruptura bacheleriana. In: AMARANTE, P. (Org.) *A loucura da história*. Rio de Janeiro: LAPS/ENSP/FIOCRUZ, 2000.

CASTEL, R. As armadilhas da exclusão. In: BELFIORE-WANDERLEY, M. (Org.) *Desigualdade e a questão social*. São Paulo: EDUC, 1997.

CASTEL, R. *As metamorfoses da questão social – uma crônica do salário*. Petrópolis: Vozes, 1998.

CHAUI, M. A universidade hoje. In: AGUIAR, F. *Antonio Candido: Pensamento e militância*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 1999.

COHN, A.; ELIAS, P.E.M. *Equidade e Reformas na saúde no período recente*. São Paulo: FMUSP, 2002, mimeo.

CONFÊRENCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL. *Caderno Informativo da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasil: Ministério da Saúde, 2001.

CUNHA, A G. *Dicionário etimológico Nova Fronteira*. Botafogo: Nova Fronteira, 1982.

CUNHA, M.C.P. *Cidadelas da ordem: a doença mental na República*. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1990.

CUNHA, M.C.P. *O espelho do mundo: Juquery, a história de um asilo*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

DAÚD Jr. , N. Considerações histórico-conceituais sobre a institucionalização psiquiátrica no Brasil e a desinstitucionalização do “doente mental”. In: BOARINE, M.L. (Org.) *Desafios na atenção à saúde mental*. Maringá: Eduem, 2000.

DEJOURS, C. *A loucura do trabalho: estudo sobre psicopatologia do trabalho*. São Paulo: Cortez, 1987.

DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*. N° 54, Vol.14, 1986.

DELEUZE, G. Post-scriptum sobre as sociedades de controle. *Conversações*. São Paulo: Editora 34, 1992.

DEMO, P. *O charme da exclusão social*. Campinas: Autores Associados, 1998.

DEMO, P. *Pobreza Política*. Campinas: Autores Associados, 1996.

DEMO, P. *Política social, educação e cidadania*. Campinas: Papirus, 1994.

DESVIAT, M. *A reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

DIDIER, E. De “l’exclusion” à l’exclusion. *Politix*, 34: 5-27, 1996.

DUNNINGHAM, W.; AGUIAR, W.M. O custo social dos transtornos mentais. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 44(8): 419-422, 1995.

ENRIQUEZ, E. O trabalho da morte nas instituições. In *A instituição e as instituições - estudos psicanalíticos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1991.

ESCOREL, S. *Vidas ao léu: trajetórias de exclusão social*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.

FAGUNDES, P. Desinstitucionalização da assistência psiquiátrica – Algumas questões cruciais. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 47(4): 163-168, 1998.

FERNANDES, M.I.A. Diversidade e representações: uma leitura a partir do funcionamento psíquico nos grupos. In: *Diversidade: avanço conceitual para a educação profissional e o trabalho*. Publicação OIT/MTE, 2001. No prelo.

FERNANDES, M.I.A. Saúde Mental: a clausura de um conceito. *Revista USP* – N° 43 - São Paulo, 1999a, pp. 90 - 99.

FERNANDES, M.I.A. *Sentidos do morar: cultura e cidade*. São Paulo: IPUSP, 2002, mimeo.

FERNANDES, M.I.A. Uma Nova Ordem: Narcisismo Expandido e Interioridade Confiscada. In: *Fim de Século: Ainda Manicômios?* São Paulo: IPUSP, 1999b.

FERNANDES, M.I.A.; SCARCELLI, I.R. *Psicologia e políticas públicas de saúde: da construção de modelos à implantação de práticas*. São Paulo, IPUSP, 2002, mimeo.

FERNANDES, M.I.A.; SCARCELLI, I.R.; COSTA, E.S. *Fim de Século: ainda manicômios?* São Paulo: IPUSP, 1999.

FERREIRA, A.B.H. *Novo Dicionário da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FERREIRA, G. C.A.I.S. – Centro de Atividades Integradas em Saúde Mental. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 43(8): 415-416, 1994.

FOUCAULT, M. *História da loucura*. São Paulo: Perspectiva, 1989.

FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1986

FRAYZE-PEREIRA, J.A. *O que é Loucura*. São Paulo: Brasiliense, 1985.

FREIRE COSTA, J. *A história da psiquiatria no Brasil - um recorte ideológico*. Rio de Janeiro: Xenon, 1989.

FREUD, S. *O mal-estar na civilização – vol.21*, Estandar Brasil Obras Completas. Rio de Janeiro: Imago, 1977.

FREUD, S. *Psicologia de las massas (1921)*. In: Obras Completas, vol. 1, Madrid, Biblioteca Nueva, 1967.

FURTADO, J.; PACHECO, R.A. Moradias extra-hospitalares para pacientes psiquiátricos em Campinas. Análise de uma experiência. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 47(4): 179-184, 1998.

GOFFMAN, E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Zahar, 1992.

GOFFMAN, E. *Manicômios, Prisões e Conventos*. São Paulo: Ed. Perspectiva, 1999.

GONÇALVES FILHO, J.M. *Passagem para Vila Joanisa: uma introdução ao problema da humilhação social*. Dissertação (Mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 1995.

GRUPO DE TRABALHO DOS DIRETORES DE SAÚDE MENTAL. Recomendações do 1º Grupo de Trabalho dos Diretores de Saúde Mental dos Ministérios da Saúde da América Latina e da Reunião de Avaliação da Iniciativa para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina (Panamá, 10 a 14 de junho de 1996). *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 46(2): 57-58, 1997.

GUERRAND, R.H Espaços privados. In: PERROT, M. (Org.) *História da vida privada, 4: da Revolução Francesa à Primeira Guerra*. São Paulo: Companhia das Letras, 1991.

HOBSBAWN, E.J. *A era do capital: 1848/1875*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982.

KAËS, R. La categoría del intermediario y la articulación psicosocial. *La invención psicoanalítica del grupo*. Buenos Aires: Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo, 1994.

KAËS, R. *A instituição e as instituições - Estudos psicanalíticos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1991.

KAËS, R. *Crise, rupture et dépassement*. Paris: Borda, 1979.

KAËS, R. *O grupo e o sujeito do grupo: elementos para uma teoria psicanalítica do grupo*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

KUHN, T.S. *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Perspectiva, 2000.

LALANDE, A. *Vocabulário técnico e crítico da Filosofia*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

LEVAV, I.; RESTREPO, H.; MACEDO, C.G. A reestruturação da atenção psiquiátrica na América Latina: uma nova política para os serviços de saúde mental. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 43(2): 63-69, 1994.

LOUGON, M.; ANDRADE, M.S. O movimento dos usuários e trabalhadores em saúde mental: uma perspectiva histórica e internacional comparada. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 44(10): 515-518, 1995.

MACEDO, L. *Fundamentos para uma educação inclusiva*. (Manuscrito não publicado, 34 páginas). São Paulo: Instituto de Psicologia, USP, 2001.

MACHADO, R. et al. *Danação da Norma: Medicina Social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MARICATO, E. As idéias fora do lugar e o lugar fora das idéias. In: *A cidade do pensamento único: desmanchando consensos*. Petrópolis: Vozes, 2000.

MARINS, P.C.G. Habitação e vizinhança: limites da privacidade no surgimento das metrópoles brasileiras. In: SEVCENKO, N. (Org.) *História da vida privada no Brasil, 3 - República: da Belle Époque à Era do Rádio*. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.

MARTINS, J.S. *Exclusão social e a nova desigualdade*. São Paulo: Paulus, 1997.

MARX, K. Manuscritos econômicos-filosóficos – O trabalho alienado (1844). In: FERNANDES, F. K. *Marx, F. Engels*. São Paulo: Ática, 1989.

MARX, K. Processo de trabalho e processo de valorização. In: *O capital*. Vol. I. São Paulo: Abril Cultural, 1983.

MELLO, S.L. Apresentação. In: BAPTISTA, L.A. *A cidade dos sábios: reflexão sobre a dinâmica social nas grandes cidades*. São Paulo: Summus, 1999.

MELLO, S.L. *Trabalho e sobrevivência: mulheres do campo e da periferia*. São Paulo: Ática, 1988.

MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2000.

MORGADO, A.; LIMA, L.A. Desinstitucionalização: suas bases e a experiência internacional. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 43(1) 19-28, 1994.

NASSER, A.C.A. *Sair para o mundo: trabalho, família e lazer na vida dos excluídos*. São Paulo: Hucitec/FAPESP, 2001.

NICK, E., OLIVEIRA, S.B. Tendências políticas de saúde mental no Brasil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 47(11): 583-589, 1998.

NOGUEIRA, A.B.N.; MORGADO, A.F.M. Reforma psiquiátrica brasileira: dois projetos de lei. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 47(12): 619-625, 1998.

NOGUEIRA, A.B.N.; MORGADO, A.F.M. Reforma psiquiátrica brasileira: dois projetos de lei. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 47(12): 619-625, 1998.

PATTO, M.H.S. *Psicologia e ideologia*. São Paulo: T.A. Queiroz, 1987.

PATTO, M.H.S. *A produção do fracasso escolar: histórias de submissão e rebeldia*. São Paulo: T.A. Queiroz, 1990.

PATTO, M.H.S. *Mutações do cativo: escritos de psicologia e política*. São Paulo: Hacher Editores/EDUSP, 2000.

PAUGAM, S. Abordagem Sociológica da Exclusão. In: VÉRAS, M.P.B. *Por uma sociologia da exclusão social: o debate com Serge Paugam*. São Paulo: EDUC, 1999a.

PAUGAM, S. *L'Exclusion – l'État des Savoirs*. Paris: Édition la Découverte, 1996.

PAUGAM, S. O enfraquecimento e a ruptura dos vínculos sociais: uma dimensão essencial do processo de desqualificação social. In: SAWAIA, B. (org.) *As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social*. Petrópolis: Vozes, 1999b

PEREIRA, L. (Org.) *Populações "marginais"*. São Paulo: Duas Cidades, 1978.

PERROT, M. (Org.) *História da vida privada, 4: da Revolução Francesa à Primeira Guerra*. São Paulo, Companhia das Letras, 1991.

PICHON-RIVIÈRE *O Processo Grupal*. São Paulo: Ed. Martins Fontes, 1986.

PICHON-RIVIÈRE *Teoria do Vínculo*. São Paulo: Ed. Martins Fontes, 1982.

PICHON-RIVIÈRE, E *La psiquiatria, una nueva problemática*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Vision, 1977.

QUIJANO, A. Notas sobre o conceito de marginalidade social. In: PEREIRA, L. (Org.) *Populações "marginais"*. São Paulo: Duas Cidades, 1978.

RIBEIRO, M.S.; TEIXEIRA, L.S. Por uma ética das práticas em saúde mental. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 46(6): 331-337, 1997.

SANTOS, B.S. *Pela mão de Alice: o social e o político na modernidade*. São Paulo: Cortez, 1997.

SANTOS, M. (et all) *O novo mapa do mundo: fim de século e globalização*. São Paulo: Hucitec- ANPUR, 1994.

SANTOS, M. *O país distorcido: o Brasil, a globalização e a cidadania*. São Paulo: Publifolha, 2002.

SARACENO, B. *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Belo Horizonte/Rio de Janeiro: Te Corá/Instituto Franco Basaglia, 1999.

SAWAIA, B. (org.) *As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social*. Petrópolis: Vozes, 1999.

SCARCELLI, I.R. *O movimento antimanicomial e a rede substitutiva em saúde mental: a experiência do município de São Paulo (1989-1992)*. São Paulo, Dissertação (Mestrado) Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 1998.

SCARCELLI, I.R. Trabalhadores em saúde mental na construção de práticas antimanicomiais: a rede substitutiva no município de São Paulo. In: *Tecendo a rede: trajetórias da saúde mental em São Paulo*. Taubaté: Cabral Ed. Universitária, 1999.

SCHECHTMAN, A.; ALVES, D.S.N.; SILVA, R.C. Política de saúde mental no Brasil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 45(3): 127-128, 1996.

SEVCENKO, N. (Org.) *História da vida privada no Brasil, 3 - República: da Belle Époque à Era do Rádio*. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.

SILVA, A.R. A desospitalização psiquiátrica no IPSEMG. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 46(2): 83-87, 1997.

SOMMER, R. *Espaço pessoal*. São Paulo: EPU, Editora da Universidade de São Paulo, 1973.

SOUZA, A.M.G. Limites do habitar: segregação e exclusão na configuração urbana contemporânea de Salvador e perspectivas no final do século XX. FAU-USP: São Paulo, Tese (doutorado), 1999.

SPOSATI, A. *Vida urbana e gestão da pobreza*. São Paulo: Cortez, 1988.

TELLES, V.S. Direitos sociais: afinal do que se trata? *Revista USP*.

VASCONCELOS, E.M. Avaliação de serviços no contexto da desinstitucionalização psiquiátrica: revisão de metodologias e estratégias de pesquisa. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 44(4): 189-197, 1995.

VÉRAS, M.P.B. Notas ainda preliminares sobre exclusão social, um problema brasileiro de 500 anos. *Por uma sociologia da exclusão social: o debate com Serge Paugam*. São Paulo: EDUC, 1999.

WANDERLEY, M.B. Reflexões acerca do conceito de exclusão. In: SAWAIA, B. (org.) *As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social*. Petrópolis, Vozes, 1999.

WEYLER, A.R. *Moradia assistida: uma experiência para a autonomia?* São Paulo, IPUSP, Relatório de atividades de pesquisa, 2000, mimeo.