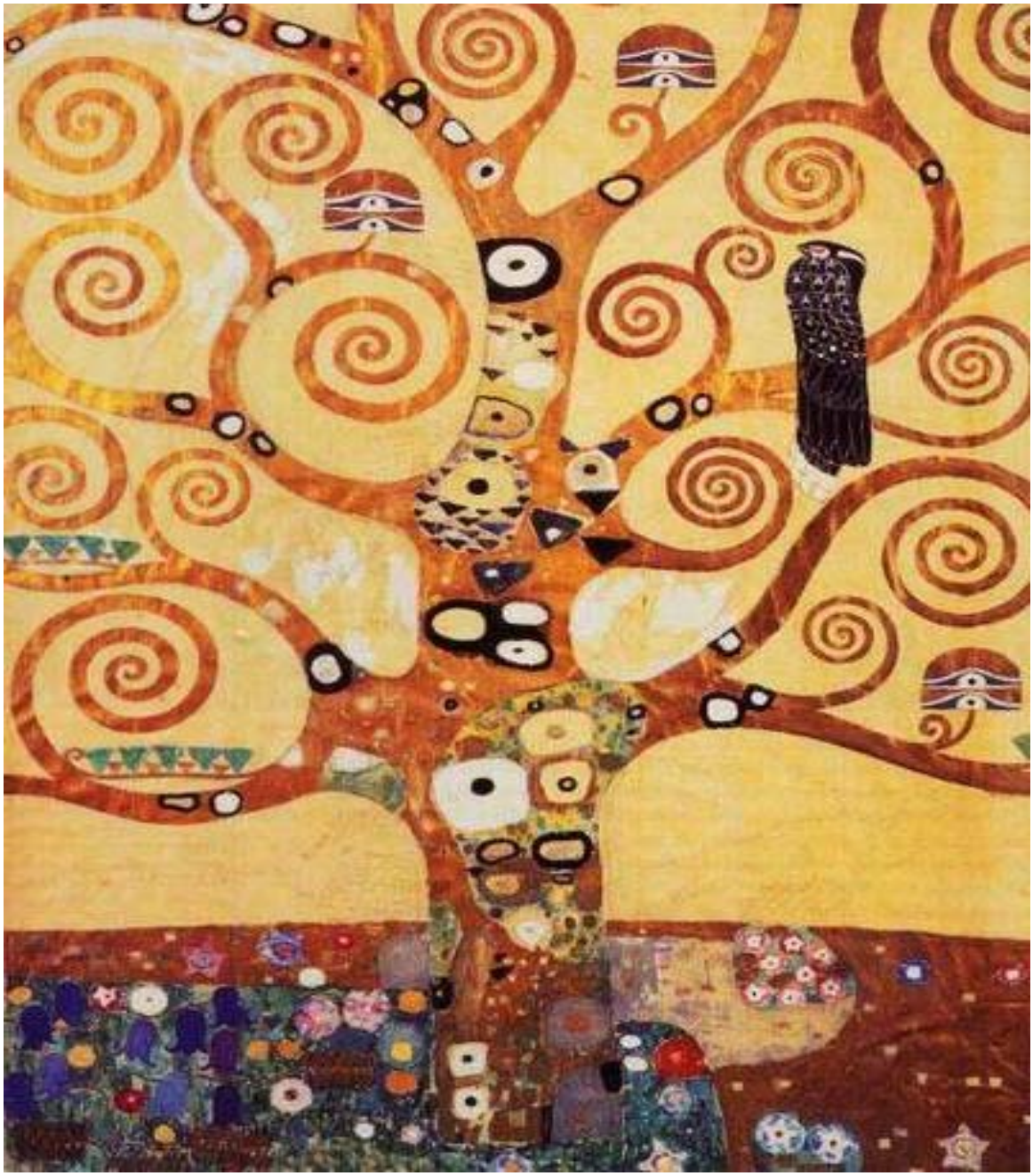
Projeto Antimanicomial:

um ensaio sobre a saúde mental no cotidiano da vida



L’arbore della Vita – Gustav Klimt

São Paulo

2007

Amanda Fernandes

Projeto Antimanicomial:
um ensaio sobre a saúde mental no cotidiano da vida

Dissertaçaõ apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, como parte dos requisitos para obtenção do Título de Mestre.

Departamento de Psicologia Social e do Trabalho

Orientadora: Eda Terezinha de Oliveira Tassara

São Paulo
2007

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

Catalogação na publicação
Serviço de Biblioteca e Documentação
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Fernandes, Amanda.
Projeto antimanicomial: um ensaio sobre a saúde mental no cotidiano da vida / Amanda Fernandes; orientadora Eda Terezinha de Oliveira Tassara. -- São Paulo, 2007.

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Social e do Trabalho) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Projeto Antimanicomial 2. Convivência com a loucura 3. Crítica I. Título.

RA790

Dedico...

à todos que estão fora:
aos incabíveis,
indizíveis,
inexplicáveis,
incontornáveis,
imensuráveis,
incondicionáveis
aos invisíveis,
indelimitáveis,
indefiníveis.
Àqueles que são, mesmo sem permissão para ser.

Agradeço...

À Eda Terezinha de Oliveira Tassara, que me ilumina com seu pensamento complexo, amplo e questionador. Que me fez navegar por outras ciências, que permitiu meu processo, ouviu minhas reflexões e, comigo fez, tantas outras. Que além de orientadora foi mestra e amiga.

Aos colegas do Lapsi, com quem passei tardes saboreando o prazer de conhecer. Pela naturaliade em compartilhar, pelas "(des) orientações" nas apresentações da dissertação, por terem coragem para desconstruir e construir, pela disposição constante nos momentos difíceis e, principalmente, pelos sorrisos, brincadeiras, pela sensação aconchegante que tenho quando estou com eles.

À minha mãe, Yara Vicentini, que ficou mais louca do que eu e que, me ajudou a finalizar essa dissertação. Por sempre ter me incentivado à gostar de conhecer, por estar sempre ao meu lado , incondicionalmente. Pela revisão do texto final e acessoria total na última semana e, é claro, pelos deliciosos almoços enquanto eu estava presa ao computador.

Ao meu pai, Ari Vicente Fernandes, pelo embrião revolucionário, que, hoje, se traduz em meu desejo de ter inteligência para o Bem.

Ao CNPq, pelo apoio financeiro.

Aos que comigo habitam, inclusive Brás (meu cão), que tiveram paciência para me suportar.

À família, que veio no pacote de minha existência, e que, junto aos amigos, que escolhi como família, são a maior riqueza que possuo.

Resumo

O Projeto Antimanicomial, com sua intenção de ressocializar o usuário de serviços de saúde mental, enfrenta todo o compartilhamento de sociabilidades que, no pensamento contemporâneo, fundamenta –se prevalentemente na cultura científica. Esses símbolos produzidos por sistemas de interpretação do mundo se propagam para o social e acabam por se expressar no cotidiano existencial dos homens. A presente pesquisa intenciona analisar a capacidade da convivência com o usuário de serviços de saúde mental, atuar como transformadora do imaginário social da loucura, defendida por Franco Basaglia- precursor da Psiquiatria Democrática Italiana. Para este autor, a reinserção do "louco" na sociedade que o excluiu pode se tornar um emulador da tomada de consciência política do social. Para tal, realizou-se um estudo de caso de uma Residência Terapêutica ligada à uma Institutição de Saúde Mental Antimanicomial, em que foram entrevistados a coordenadora do Serviço de Residências Terapêuticas e entes da comunidade que receberam antigos internos de manicômios em sua vizinhança, levantando as narrativas e imagens que constroem juizos e avaliam a loucura. Visa contribuir com o processo de transformação do sistema de saúde mental que, supostamente deveria funcionar como o estopim de uma reflexividade sobre a socialização, subsidiando, através de reflexões, acerca das possibilidades político-pedagógicas das intervenções antimanicomiais.

Palavras Chaves: Projeto Antimanicomial, convivência com a loucura, crítica.

Abstract

The Anti-Manicomial Project, with its intention of re-socialize the mental health user, deals with the sociability sharing which, in a contemporary thought, based mainly on the scientific culture. These symbols, created by a world interpretation system spread themselves to the social and turn to be expressed in daily men existence. The current research intends to analyze the acquaintanceship capacity with the mental health user, act as a madness social imaginary changer, defended by Franco Basaglia - precursor of the Italian Democratic Psychiatry. To this author, the re-insertion of the madman in the society that excluded him, can become a social conscious start emulousness. Therefore, a research of a therapeutic residence case, related to an Anti-manicomial Mental Health Institution, which the Therapeutic Residence Service Coordinator and community members that welcomed old mental hospital residents, were interviewed, pointing the narratives and images which build up sense and evaluate madness. It intends to contribute to a mental health system change which supposely, should work as a fuse of a socialization reflexivity, subsidizing, through reflections, the pedagogic- political possibilities of anti-manicomial interventions.

Key Word: Anti-Manicomial Project, relantioship with the madness and critic.

Sumário

1- Apresentação.....8

2- Introdução

2.1- Sobre o Normal e o Patológico.....10

2.2- Sobre a História da loucura: o ontem e a tentativa do hoje.

O ontem: das grandes internações à psiquiatria do século XIX.....13

A tentativa do hoje.....15

3 - Método 19

4 - Projeto Antimanicomial: uma leitura possível.

Linha do Horizonte.....23

Posições Teóricas e soluções técnicas X direitos e liberdades.....26

Caracterização do espaço do Campo 30

Caracterizando os Serviços Residenciais: uma análise interpretativa da saúde mental no cotidiano da vida 33

5-Identidade e comunicabilidade: um ensaio sobre o que seria a crítica.

.....46

6 – Conclusão.....60

7- Referências bibliográficas.....

Anexo1 – Lei 10216 de 6 de abril de 2001

Anexo2 – Consentimento Livre e Esclarecido

Anexo 3 – Transcrição da entrevista com a Coordenadora Do Serviço de Residências Terapêuticas.

Apresentação

"E o que é um verdadeiro louco? É um homem que preferiu enlouquecer, no sentido em que socialmente se entende a palavra, a trair uma certa idéia superior de honra humana. Eis porque a sociedade condenou ao estrangulamento todos aqueles dos quais queria se livrar ou contra os quais queria se defender, pois eles haviam se recusado a cumpliciar- se com ela em certos atos de suprema sujeira, pois um louco é também um homem à quem a sociedade não quis ouvir e a quem quis impedir a expressão de insuportáveis verdades". (Antonin Artaud)

A suposição de que a desinstitucionalização e a tentativa de ressocialização do usuário de serviços de saúde mental, por si só, promoveria a possibilidade de reflexão do processo de socialização (Basaglia,1982), apresenta –se como uma afirmação passível de análise.

Sob tal perspectiva, torna-se relevante, investigar em que medida as estratégias antimanicomiais atuam como emuladoras de uma tomada de consciência política do social. Tal investigação, por hipótese, poderia subsidiar os defensores do Projeto Antimanicomial e os serviços substitutivos de saúde mental a propor alternativas político – pedagógicas de intervenção que viessem garantir a criação de uma reflexividade sobre a socialização (Habermas,1987). Para tal, o Projeto Antimanicomial necessitaria fundamentar–se sobre uma compreensão das formas de produção das ideologias de seu tempo. Supõe-se que, para Franco Basaglia, a própria reinserção do "louco" na sociedade já funcionaria como emuladora da tomada de consciência política da sociedade.

Portanto, a crítica ao modelo clássico da psiquiatria e a todas as narrativas que dele se originaram, não consistiria em um trabalho específico ao campo da saúde mental. Contrariamente, o Projeto Antimanicomial necessitaria de uma ampliação de seu campo de análise, necessitando identificar, nas estratégias do Projeto Antimanicomial, a capacidade de transformação de certos modelos de subjetivação e a possibilidade de produzir reflexividade no corpo social acerca de seu processo de socialização. (Habermas,1987)

Pois bem, se a ressignificação da loucura e o trabalho frente a esta nova prática antimanicomial é delegado, também, à capacidade da comunidade de produzir uma forma comprometida de mudança psicossocial e, portanto, na esfera psíquica e na esfera

política, então, torna–se necessário investigar, as estratégias antimanicomiais voltadas à comunidade e à própria capacidade reflexiva da comunidade acerca de seu processo de socialização, supostamente ativada através da convivência com a loucura.

Introdução

Para Franco Basaglia, o usuário de saúde mental:

> "pode ser um detonador muito importante para a tomada de consciência política da sociedade, porque tendo sido excluído e voltando a ser incluído, ele tende a ser o reflexo do significado da política da organização social em que vivemos. A pessoa excluída e marginalizada representa a lógica pela qual a organização social tem a gestão do poder e, através do exemplo da pessoa que se apresenta com alta, nós podemos encontrar elementos muito importantes para que a comunidade tome consciência de sua própria opressão".(Basaglia,1982: 30/31)

Neste contexto, a loucura se apresenta como êmulo da produtividade social. Para Basaglia, a loucura seria um *bem cultural*,[1] em que o "louco" surge como uma espécie de arquivo virtual da nossa sujeição e conviver com e ver o portador de sofrimento mental, supostamente, instrumentalizaria os entes sociais a refletirem sobre sua identidade histórica e seu processo de socialização.

A questão que se apresenta acerca da capacidade da convivência com o "louco" é, justamente, se a mesma funcionaria como mecanismo que predispõe os sujeitos a pensarem suas contradições de socialização e de identidade histórica.

Vimos que Basaglia (1982) defende o Projeto Antimanicomial como capaz de realizar uma conscientização crítica da opressão social.Parece interessante refletir sobre se a abertura antimanicomial e a convivência com o louco, seriam suficientes para promover essa construção de uma meta-leitura da identidade sócio–histórica.

Sendo assim, o Projeto Antimanicomial assume premissas que o caracterizam como integrante da utopia humanista, mas que, na realidade de sua implementação, não se pode prever seu potencial de ruptura do *consenso ideológico dos dominados*,[2] na tomada de consciência social e, conseqüentemente, na lida do social com os usuários de saúde mental.

---

[1] Tassara, E. de O. In: Barros, D..D. Jardins de Abel. Desconstrução do Manicômio de Trieste.Ed. Lemos.São Paulo. 1994.(orelha do livro)

[2] Godelier apud Tassara. Cap:Utopia e Anti Utopia:O Ressuscitar da História in Souza, L. Freitas, Q. F. M. (org) Psicologia : Reflexões Impertinentes. Ed:Casa do Psicólogo. 1999.

Face às considerações, propõe – se como objetivo deste projeto de pesquisa, investigar, realizando um ensaio sobre um estudo de caso, o desenvolvimento de um programa de desinstitucionalização que, conseqüentemente, visa incluir os usuários de saúde mental na comunidade maior.

O foco da reflexão estará sediado na compreensão do significado da expressão: capacidade da convivência com a "loucura", retirando dessa compreensão a produtividade cultural desse convívio e sua capacidade em atuar como um detonador para a tomada de consciência política do social.

Seu *corpus* empírico serão as narrativas, os juízos e as imagens que compõem o imaginário social da loucura, emanados desses sujeitos de pesquisa.

2.1 – Sobre o Normal e o Patológico

A capacidade dos homens de produzir uma realidade repleta de significados e representações nos faz supor que a questão da loucura também encontra seu espaço nessa produção do corpo social e, neste ponto, seria interessante compreender como se apresenta a questão do normal e do patológico.

Para tal, vamos percorrer resumidamente as idéias de Durkhein em Regras do Método Sociológico (1999), livro que traz considerações da sociologia funcionalista e que parece ser um bom exemplo para discorrer acerca da influência do positivismo na construção dos conceitos de normalidade e patologia.

Para Durkheim, a distinção entre os fenômenos normais e os patológicos se dá por duas ordens de fatos: "os que são o que devem ser e os que deveriam ser de outro modo, respectivamente." (Durkheim, 1999)

Durkheim estabelece uma relação de hierarquia entre teoria e prática, já que defende a teoria - a ciência - como instrumento esclarecedor da práxis, subjugando a prática à uma normatização - produto da ciência: "a norma que deve servir de base à todos os nossos raciocínios práticos." (Durkheim, 1999)

Para Durkheim, o sociólogo que se predispõe a trabalhar com a questão da normalidade deve se ater àquelas formas ou tipos médios de uma sociedade, isto é: "é sempre possível descobrir qual a forma mais geral que apresenta um fenômeno numa espécie determinada... Chamaremos normais os fatos que apresentam as formas mais gerais e daremos aos outros o nome de mórbidos ou patológicos." (Durkheim,1999)

Durkheim aponta que o conceito de normalidade possui algumas peculiaridades e varia entre as diferentes espécies e diferentes fases de evolução destas. Consequentemente, “a normalidade do fenômeno será explicada pelo simples fato de estar ligada às condições de existência da espécie considerada”. Durkheim atenta, porém, que tais condições são transformadas ao longo do tempo e que, a consideração da normalidade, deve compactuar com as modificações estruturais das sociedades. (Durkhein,1999)

Sob esta perspectiva, o autor coloca a saúde como norma e a doença como algo que não está fundado na natureza normal, já que a primeira segue a regra de apresentar maior frequência e representa, portanto, a média dos casos, superiorizando-se à segunda (doença) que é mais rara.

Segundo Durkheim, a legitimação da sociologia enquanto ciência consiste, necessariamente, em que “a generalidade dos fenômenos seja tomada como critério de sua normalidade” e, portanto, aponta que o trabalho do sociólogo constitui-se de uma “regular perseverança para manter o estado normal, para restabelecê-lo se for perturbado, para redescobrir suas condições se elas vierem à mudar”. (Durkhein,1999)

É justamente sobre as idéias de Durkheim que podemos refletir acerca de como um fato social pode ser compreendido como um dado intelectual, contexto no qual, formulam-se leis gerais que pretendem explicar/ modelar a práxis; constituindo um exemplo da submissão da prática à uma teoria.

Devemos nos ater a este ponto para compreender as conseqüências dessa hierarquização entre teoria e prática. Marilena Chauí, em O que é Ideologia, clarifica tal questão:

> “Essa concepção da prática como aplicação de idéias que a comandam de fora leva à suposição de uma harmonia entre teoria e ação. Assim sendo, quando as ações humanas- individuais e sociais- contradisserem as idéias, serão tidas como desordem, caos, anormalidade e perigo para a sociedade global.” (Chauí,1983:...)

A ideologia, representada como campo de significações disseminado no corpo social, como este produzido pelo próprio homem através de sua intenção de sociabilidade, por meio de: suas instituições e sua produção de idéias com vistas a explicar a realidade; compõe-se, ainda, de um corpo ideativo, produzido como teoria, como sistematização de idéias tendendo a distanciar o homem do modo real como se dão suas relações. “Esse ocultamento da realidade social chama-se ideologia.” (Chauí,1983:74)

Supõe-se que, grande parte, da produção de sentido acerca do louco e da loucura, provêm da própria formulação psiquiátrica sobre os dois temas, já que vivemos, ainda, sob forte influência do positivismo, fazendo com que os homens a partir da observação de determinada realidade, produzam leis gerais dos fenômenos naturais e humanos como vimos em Durkheim.

Segundo Chauí, a ideologia inserida em tal sistema apresenta-se como a própria sistematização dessas leis. Consequentemente, a ideologia, neste caso, é a teoria e, como teoria que rege a formação de idéias e as leis necessárias do real, a ideologia assume caráter normativo e de comando da prática dos homens.

"Racionalidade como a ideologia, se destina em primeira instância a tornar aceitáveis para o sujeito e, para os outros, determinadas estruturas subjetivas e objetivas, substituindo as verdadeiras, cuja revelação não seria socialmente aceita". (Chauí,1984)

A loucura ficaria então caracterizada como um fenômeno anormal, distancia-se das leis que regem a vida prática e ausenta- se da norma. Essa idéia que, aparentemente, é simples e comum, carrega em si a possibilidade de uma reflexão acerca de como o corpo social lida com a loucura.

Durante anos de ideologia de exclusão, reinserir o usuário do serviço de saúde mental na sociedade significa romper com a estigmatização dada pelo conceito construído socialmente acerca da loucura e devolver ao social o que ele sempre excluiu, por não reconhecer como seu, nada mais é do que buscar a resposta onde foi estruturada/ produzida a pergunta.

Segundo Foucault (1986), o processo de disseminação das idéias é componente das relações de poder que se estabelecem no social; sendo assim, também essa cultura de institucionalização ganha legitimidade e é inclusive passível de ser reproduzida pelos entes sociais.

O pressuposto da psicologia social (Sawaya,1999) de que a consciência constroe e é construtora do mundo, também sugere que há uma relação entre as idéias que percorrem o social e sua intíma reprodução.

Dessa forma, é possível supor que existe uma condição manicomial para além da materialidade da instituição, condição esta que está nas relações que se estabelecem entre os homens através dos processos de internalização e reprodução das idéias.

2.2 - Sobre a História da Loucura: o ontem e a tentativa do hoje.

O ontem: das grandes internações à psiquiatria do século XIX.

Compreendemos, então, o espaço manicômio enquanto espaço simbólico e representativo da loucura.

A conceitualização da loucura sofreu inúmeras mudanças ao longo do tempo. A psiquiatria também apresenta diferentes desdobramentos, seja na compreensão sobre a doença mental, seja na estruturação de suas instituições de tratamento.

Anterior à conceitualização da loucura dada por Pinel no final do século XIX, a estrutura que servia como depositária de toda uma população pobre era a dos Hospitais Gerais que dominaram a França a partir de 1656 com o decreto de fundação, em Paris, do Hospital Geral. A loucura tinha nessas instituições o seu espaço.

Os Hospitais Gerais não tinham nenhuma finalidade médica, pelo contrário eram instituições da ordem monárquica e burguesa da França do século XVI. “O Hospital Geral é um estranho poder que o Rei estabelece entre a polícia e a justiça, nos limites da lei: é a terceira ordem da repressão.” Dessa forma, as casas de internação partiam de pressupostos morais e punitivos e, portanto, se assemelhavam muito às prisões, tanto é que, na era Clássica, a população de insanos se dividia em ambas as instituições. (Foucault,1989)

> “Enquanto hospital geral, a norma a médica não encontra-se instalada, imperam apenas as marcas de um imaginário de depositário de inadaptados ao convívio social. O hospital geral não é em sua origem, uma instituição médica, mas se ocupa de uma ordem social de exclusão/ assistência/ filantropia para os desafortunados e abandonados pela sorte divina e material.” (Amarante,1998)

No Iluminismo, temos a emergência da razão e a Reforma da Igreja. A partir de então, o Estado substitui a Igreja no compromisso com a população de pobres e incapazes e, tal transformação, produz uma nova sensibilidade à miséria: o miserável passa a ser representado pela desordem e a ação não é mais de exaltação frente à miséria, mas sim busca sua supressão.

O Iluminismo inicia o reinado da razão e o trabalho, como moeda, ressignifica a questão da pobreza:

"Ela passa de uma experiência religiosa que a santifica para uma concepção moral que a condena". (Foucault,1989)

É a partir dessa mudança conceitual que se inicia o Grande Enclausuramento:

"Quanto mais a sociedade burguesa se sente inocente diante da miséria, mais ela reconhece sua responsabilidade diante da loucura, e sente que deve proteger dela o homem privado. Na época em que a doença e a pobreza se tornavam pela primeira vez *coisas privadas*, da esfera apenas dos indivíduos ou das famílias, a loucura, por isso mesmo, exigiu um *estatuto público* e a definição de um espaço de confinamento que garantisse a sociedade contra seus perigos". (Foucault, 1989:424)

No entanto, Foucault pontua que este espaço reservado para a loucura encontrava seu limite no distanciamento que havia entre o pensamento médico e a prática do internamento e que, toda a produção que antecede a psiquiatria de Pinel e Tuke, não passa de uma vasta tentativa, já que eram as condições jurídicas, na realidade, que determinavam os encaminhamentos dados à população de loucos.

Assim sabemos que, durante toda a Era Clássica, houve um só internamento, para toda a população de miseráveis e doentes e, mesmo frente ao surgimento da psiquiatria do século XIX, Foucault pontua:

"(...) é entre os muros do internamento que Pinel e a psiquiatria do século XIX encontrarão os loucos; é lá – não nos esqueçamos- que eles os deixarão, mas não sem antes se vangloriarem por terem- nos libertado". (Foucault, 1989)

Embora as grandes internações não tenham se transformado, Foucault coloca que há uma transformação evidente na concepção de loucura da Idade Média e da Era Clássica para o século XIX com o surgimento da psiquiatria de Pinel. Tal transformação é claramente pontuada por Paulo Amarante:

"Acompanhamos, assim, a passagem de uma visão trágica da loucura para uma visão crítica. A primeira permite que a loucura, inscrita no universo de diferença simbólica, se permita um lugar social reconhecido no universo da verdade; ao passo que a visão crítica organiza um lugar de encarceramento, morte e exclusão para o louco. Tal movimento é marcado pela constituição da medicina mental como campo de saber teórico/ prático. A partir do século XIX, há a produção de uma percepção dirigida pelo olhar científico sobre o fenômeno da loucura e sua transformação em objeto de conhecimento: a doença mental. Tal passagem tem no dispositivo de medicalização e terapeutização a marca histórica de constituição da prática médica psiquiátrica." No entanto, o surgimento da medicina mental, no século XIX, atenta exclusivamente para sinais e sintomas visando agrupá- los em sua ordem natural, inaugura uma ordem moral puramente a fim de estabelecer uma nosografia das doenças mentais (...) Dessa

forma o gesto de Pinel ao libertar os loucos das correntes não possibilita a inscrição destes em um espaço de liberdade, mas, ao contrário, funda a ciência que os classifica e acorrenta como objeto de saberes/ discursos/ práticas atualizados na instituição da doença mental." (Amarante, 1998:26)

Exemplo desta colocação de Amarante (1998) é a atenção dispensada em vigilância nos Hospitais Psiquiátricos da época. Foucault nos apresenta o *Panopticon* como:

"uma arquitetura não mais do espetáculo, como a grega, mas de uma arquitetura da vigilância, que permite a um único olhar percorrer o maior número de rostos, de corpos, de atitudes, o maior número de celas possíveis".(Foucault, 2002, p.106)

É, portanto, essa medicina mental inaugurada por Pinel que caracteriza a transformação de um antigo espaço asilar beneficente em uma instituição médica exclusiva para a causa da loucura : é a fundação da psiquiatria positivista e do hospital psiquiátrico.

A tentativa do hoje

A transformação da psiquiatria clássica deve-se ao fato de que esta veio desenvolvendo uma crise tanto teórica, quanto prática, deflagrada, principalmente, pela mudança de seu objeto, que passa do tratamento da doença mental para a promoção da saúde mental. Dessa forma a nova preocupação incita a transformação de uma terapêutica, anteriormente individual e assistencial, para uma terapêutica coletiva e preventiva.

Segundo Birman e Costa (1998), essa transformação da psiquiatria clássica passa por dois grandes períodos: o primeiro atém-se à idéia de resgate das premissas de cura da instituição psiquiátrica, iniciada com os movimentos de Comunidades Terapêuticas (na Inglaterra) e da Psicoterapia Institucional (na França); o segundo momento é marcado pela extensão da psiquiatria ao espaço público e ocorre na Psiquiatria de setor na França e na Psiquiatria Comunitária nos EUA.

No entanto, ambos os períodos continuam a estruturar suas transformações no locus do hospital psiquiátrico. Somente a Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática Italiana, na década de 60 e 70, operam uma ruptura com o saber/ prática psiquiátricos. Estes movimentos buscam a desconstrução do antigo aparato da psiquiatria clássica.

Já vimos que a psiquiatria clássica coloca o louco como objeto de um saber científico e, este movimento, possibilita a legalização do isolamento e da medicalização da loucura. Segundo Amarante (1998) este movimento torna o louco visível enquanto objeto da ciência médica e invisível para a totalidade social.

O início da prática crítica à psiquiatria tradicional se dá na década de 60, em Gorizia, quando Franco Basaglia inicia um processo de humanização do hospital psiquiátrico desta cidade. No entanto, é desta experiência que se revela que a simples humanização da instituição não promove a discussão das relações de tutela e custódia e nem questiona "a conexão intrínseca entre os interesses políticos - sociais mais amplos e a instituição psiquiátrica." (Amarante, 1998:47)

Utilizando-se de fundamentos existencialistas, fenomenológicos e marxistas, Franco Basaglia defende a idéia de que a sociedade e sua política são produtores de suas instituições, produtores, portanto, do sofrimento mental. Tal premissa não é somente uma constatação teórica, representa o início de toda uma revolução sobre as instituições manicomiais e seus usuários.

Basaglia inicia a busca da mudança funcional da psiquiatria que nega o sujeito que sofre mentalmente. Busca a renovação da estrutura de tratamento, opondo-se completamente às grades, portas com cadeados, choques elétricos, internações prolongadas e camisas de força: de pano ou químicas.

A Psiquiatria Democrática Italiana é fundada em Bolonha em 1973 e, posteriormente, ganha dimensão em Trieste, quando Franco Basaglia inicia uma intervenção no hospital psiquiátrico que se fundamenta além dos pressupostos das Comunidades Terapêuticas. Barros (1994) cita Rotelli em sua colocação acerca dos quatro eixos fundamentais para a transformação das instituições psiquiátricas:

> "... a luta contra as atuais estruturas psiquiátricas enquanto repressivo-custodiais; a luta contra as estruturas psiquiátricas, ainda que reformadas, mas lugar de institucionalização da doença; a luta contra a institucionalização do sofrimento através da doença; a luta contra o sofrimento como necessidade do mundo do capital e da sociedade de troca, isto é, como universo de não escolha, onde o sofrimento vem transformado em algo mercantilizável." (Rotelli apud Barros, 1994)

A desconstrução realizada por Basaglia não conta, exclusivamente, com a criação de centros de saúde mental fora da instituição psiquiátrica. Contrariamente, e,

por assumir-se enquanto movimento também sócio - político, estrutura grupos – apartamentos em que os usuários vivem e, cooperativas, posteriormente legalizadas como empresas sociais, que contribuem para a economia e a prestação de serviços em toda a cidade de Trieste.

"A experiência de Trieste demonstra ser possível a constituição de um "circuito" de atenção que ao mesmo tempo, oferece e produz cuidados e novas formas de sociabilidade e de subjetividade para aqueles que necessitam de assistência psiquiátrica". (Amarante,1998)

Segundo Amarante (1998), a Reforma Antimanicomial fundamenta-se nas premissas de abertura manicomial e da substituição dos antigos hospitais psiquiátricos, por serviços de saúde mental que forneçam o atendimento psicoterápico diurno, sem necessidade de prolongadas internações bem como, criem caminhos para uma ressocialização do usuário de saúde mental através da formação de cooperativas de trabalho, serviços de residências Terapêuticas e equipe interdisciplinar.

A primeira reflexão incide, justamente, sobre o papel das forças atuantes de um certo status quo que se vivenciava pautado no hospital psiquiátrico e nas grandes internações. A manutenção destes grandes manicômios, ao longo da história, pode ser compreendida como uma resposta institucional pautada em técnicas provenientes de uma forma científica - cultural fundada sobre a questão da loucura, a partir da criação da ciência mental no século XIX, como já explicitado.

Este caminho de produção teórica - científica, enquanto um discurso estratégico que, por sua vez, fundamenta uma prática social, já foi desnudado por Foucault em "A Microfísica do Poder" (1981), "A Verdade e as Formas Jurídicas" (2002), e, em especial acerca da loucura, em "História da Loucura na Idade Clássica" (2000).

Foucault sobre Nietzche em, "A Verdade e as Formas Jurídicas"[3], aponta para a história do conhecimento como um caminho de invenção de determinadas verdades que acabam por estabelecerem-se como:

"(...) regras de jogo a partir das quais vimos nascer certas formas de subjetividade, certos domínios de objeto, certos tipos de saber - e por conseguinte podemos, a partir daí, fazer uma historia externa, exterior, da verdade". (Foucault, 2002)

No caso da história da loucura, podemos dizer que a subjetividade do louco foi seqüestrada pela psiquiatria cuja racionalidade, no século XIX, era meramente

[3] Foucault, M. A Verdade e as Formas Jurídicas.ed. Nau,2002. Rio de Janeiro.

classificatória. “A esta não interessa localizar a sede da doença no organismo, mas simplesmente atentar para sinais e sintomas, a fim de agrupá-los segundo sua ordem natural com bases nas manifestações aparentes da doença.” (Foucault, 2000)

Amarante (1998) define reforma psiquiátrica como:

> “um processo histórico de formulação crítica e prática, que tem como objetivos e estratégias o questionamento e elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria”. (Amarante,1998)

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica surge na conjuntura da redemocratização, ao final da década de 70, e tem como fundamentos uma crítica ao sistema nacional de saúde mental, e também e principalmente, uma crítica estrutural ao saber e às instituições da psiquiatria clássica.

Amarante (1998) chama a atenção do leitor para o termo reforma, já que este compreende uma mudança não estrutural, mas superficial. É possível que este termo deflagre uma necessidade estratégica de não se criar grandes impactos e resistências às transformações, mas, por outro lado, serve às *forças sistemáticas* por ocultar uma idéia de revolução estrutural. Este pode ser um pequeno exemplo de como estas forças atuam, sorrateiramente sobre as intencionalidades dos homens.

O autor divide a história da Reforma em trajetórias, iniciando sua análise na formação do sistema de medicalização social, que vai do século XIX até a segunda grande guerra mundial e, que vem constituir a psiquiatria da higiene moral em que, a psiquiatria surge como um instrumento tecnocientífico de poder.

Pós segunda grande guerra, temos o surgimento das experiências socioterápicas como, por exemplo, as Comunidades Terapêuticas, a Psicoterapia Institucional e a Psiquiatria de Setor. Nesse período, cabe colocar que as comunidades terapêuticas, embora representassem uma tentativa de modificação do sistema hospitalar psiquiátrico clássico, eram estruturas fechadas em si mesmas e criavam uma espécie de reduto da crítica e, que como vimos acima, não representavam *espaços de abertura de locução universais*. (Habermas, 1987)

> Para Franco Rotelli: “a experiência inglesa da comunidade terapêutica foi uma experiência importante de modificação dentro do hospital, mas ela não conseguiu colocar na raiz o problema da exclusão, problema este que fundamenta o próprio hospital psiquiátrico e que, portanto, ela não poderia ir além do hospital psiquiátrico”. (Rotelli, 1994:150 apud Amarante, 1998:31)

Essas experiências terminam por constituir, após o advento da psiquiatria preventivo-comunitária norte-americana, a trajetória da saúde mental. É nesse momento

que a profilaxia supera as idéias preventivas da psiquiatria higienista e alcança o projeto de promoção da saúde mental fundando, também, um novo objeto que transcende a terapêutica e considerando, também, a prevenção das doenças mentais. Este novo objeto é a saúde mental.

3 - Método:

Sabemos que determinadas estratégias antimanicomias, tais como, as residências terapêuticas, as cooperativas de trabalho, os centros de convivência e até mesmo os CAPS e NAPS, são equipamentos que intencionam ressocializar, ou ainda, recolocar o usuário de saúde mental em convivência social.

A presente pesquisa se ateve a um estudo de caso de uma Residência Terapêutica, e seu entorno, ligada à uma Instituição de Saúde Mental que se propõe antimanicomial.

Foram realizadas 10 entrevistas com pessoas da comunidade que não possuem vínculo próximo com um usuário, mas que convivem com estes em sua vizinhança e entrevista com a coordenadora do Serviço de Residências Terapêuticas do Serviço de Saúde Mental Dr. Cândido Ferreira do município de Souzas, próximo a Campinas.

As entrevistas com os vizinhos da Residência Terapêutica foram abertas e partiram de uma pergunta inicial: Como é a convivência com os usuários de saúde mental?

Os relatos colhidos foram analisados e, como código de identificação dos entrevistados na comunidade, usaremos a seguinte denominação: vizinho e número (de 1 a 10).

A entrevista com a coordenadora do Serviço de Residências Terapêuticas foi semi-estruturada e seguiu um roteiro de orientação:

1- São desenvolvidas estratégias para tratar da convivência entre a comunidade do bairro e os usuários de saúde mental? Quais?
2- Quais os objetivos que o serviço quer atingir com essas estratégias?
3- Quais as dificuldades que são enfrentadas?
4- Você poderia contar alguma história sobre esse encontro entre os usuários de saúde mental e a comunidade?

5- Como é feita a escolha de usuários para habitarem os lares abrigados? E o processo de transição?
6- Quais os critérios de escolha das áreas em que lares abrigados são estruturados?

As entrevistas com os vizinhos se propõem a levantar os critérios de julgamento que, essas pessoas possuem, acerca da loucura e analisar as dinâmicas, em suas dimensões sincrônicas e diacrônicas dos efeitos do contato com as estratégias antimanicomiais e a conseqüente convivência com o "louco".

A análise desenvolveu reflexões acerca do encontro do Projeto Antimanicomial com o social. Objetivou discutir a potencialidade do Projeto Antimanicomial, em estudo, de realização da proposta de transformação da cultura social da loucura e de promoção de reflexividade do processo de socialização as quais, segundo as premissas de Franco Basaglia e da Psiquiatria Democrática Italiana, dar-se-iam na convivência com o "louco" e na criação de uma rede substitutiva de serviços, vindo a substituir os antigos manicômios.

Em um primeiro momento levantaram-se narrativas das experiências que se insiram no contexto da convivência entre a loucura e a normalidade, destacando-se os atributos qualificativos dessa convivência.

Em um segundo momento, inicia-se a análise do material coletado, identificando, no discurso dos participantes, os argumentos e raciocínios que se associam ou não a transformações da consciência crítica frente a questões da loucura e do próprio processo de socialização.

Construíram-se duas categorias gerais para orientar essa leitura dos argumentos dos entrevistados: uma categoria que chamamos de sistêmica e que representa a manutenção de aspectos manicomiais nas relações descritas pelos entrevistados e; uma categoria que chamamos de anti-sistêmica, que representa aspectos de ruptura com o sistema manicomial[4].

Estas categorias foram trabalhadas (construídas e desconstruídas) no desenvolvimento dos dois capítulos desta dissertação:

[4] Compreendemos como sistema manicomial, não somente, a Instituição Psiquiátrica Manicomial e seus aparatos, como também, nos referimos ao feixe de relações que esse sistema cria; e, ainda, que partimos do pressuposto de que as relações são poderes. (Foucault)

No primeiro capítulo, as categorias orientam uma reflexão sobre o Projeto Antimanicomial, focalizando as estratégias criadas pela equipe que trabalha com o Serviço de Residências Terapêuticas.

No segundo capítulo, as categorias guiam a reflexão em direção à um ensaio sobre a convivência com a loucura e os atributos das relações que se estabelecem.

O processo de construção e contínua transformação das categorias também integram a reflexão desenvolvida, isto é, a construção do método é também objeto de reflexão desta dissertação.

Finalizando, objetiva-se discutir a premissa "basagliana" de que, a loucura, atuaria como um bem cultural, promovendo reflexão sobre o processo de socialização.

Dessa forma, a pesquisa se propõe trabalhar com a análise da linguagem natural que emergir das entrevistas.

A interpretação de resultados buscará contrapor elementos das narrativas levantadas no campo empírico de pesquisa, com os pressupostos do Projeto Antimanicomial em pauta. Sua condução visará inserir a estratégia de criação de espaços destinados à reflexão crítica do processo de socialização, apresentada pela utopia humanista, em propostas de aprimoramento de seus efeitos.

4 - Projeto Antimanicomial: uma leitura possível.

A linha do horizonte

O Projeto Antimanicomial, com sua intenção de ressocializar o portador de sofrimento mental, enfrenta todo o compartilhamento de sociabilidades que, no pensamento contemporâneo, fundamenta–se, prevalentemente, na cultura científica. Esses símbolos, produzidos por sistemas de interpretação do mundo, se propagam para o social e acabam por se expressar no cotidiano existencial dos homens.

Como a produção científica está restrita à instituições específicas, criam-se lócus institucionais que detém um poder de regular a sociabilidade, já que produzem esses sistemas de interpretação do mundo que se disseminam para o social. Se o seu reprodutor (corpo social) desconhece sua origem, esses sistemas atuam como ideologias e são parte formativa do sistema de valores sociais.

Esse fenômeno em que, há uma ausência de reflexividade permeando as relações sociais, pode ser compreendido como:

> "uma forma de racionalização que, escamoteando a racionalidade, gera e propaga alienação, pois impede o conhecimento do fundamento da produção simbólica organizadora da cultura." (Tassara e Ardans, 2003)

É, provavelmente, este o caminho trilhado pelo imaginário social sobre a loucura: construído enquanto interpretação científica das patologias mentais e, veiculando mitos sobre a loucura, que são disseminados como símbolos na comunicação do cotidiano e, posteriormente, resultam como uma ideologia sobre a loucura.

Frente a esse contexto, a teoria Antimanicomial aponta para uma utopia da convivência com o diferente (louco). Segundo Franco Basaglia, precursor da Psiquiatria Democrática Italiana:

> "Quando dizemos não ao manicômio, estamos dizendo não à miséria do mundo, e nos unimos a todas as pessoas que no mundo lutam por uma situação de emancipação. Nesse momento nós não somos mais uma sociedade de psicodrama, nem uma comunidade de crianças, nem uma sociedade de psiquiatria social. Somos pessoas unidas que lutam pela liberdade real do mundo." (Basaglia, 1982:29)

Acerca das utopias vale considerar alguns pontos:

O conceito de utopia colocado por Platão em "República" e referido por Baldini (apud Tassara,1999: 15), compreende tal termo como "qualquer idéia ou proposta desejável, mas que resulte irrealizável".

No entanto, segundo Tassara (1999), a partir dos anos 20 as utopias vem adquirindo uma nova significação, aproximando-se de aspectos racionais, comprometendo-se gradualmente com modelos anti-utópicos que:

> "em épocas de crise, transformam-se em narrativas apocalípticas, criticando asperamente as esperanças dos utopistas clássicos, de um futuro garantindo à humanidade mais paz, riqueza e felicidade." (Tassara, 1999: 15) [5]

Foi em busca da explicitação desse processo de produção de sociabilidades, em relação à loucura, criado por uma teoria científica que, atualmente, caracteriza-se por ortodoxia, que a Luta Antimanicomial começou. Era este o caminho perdido que devia ser desnudado e exposto aos olhos sociais.

Tassara (1999: 19) coloca que, "a condição essencial para a realização de uma utopia humanista é a ruptura do consenso ideológico dos dominados".

A chamada Nova Ordem Mundial funcionaria como se fosse um espaço utópico, em que críticas ao *status quo* não encontram repercussão, já que essa transformação das características de uma utopia evidencia e concretiza o momento presente como ortodoxia – não passível de modificações. O esmaecimento da história não é, portanto, uma produção espontânea, mas sim "uma projeção de um processo de dominação de mentes e desejos objetivando, e redundando, na manutenção do status quo." (Tassara,1999: 17)

Para esse fenômeno de seqüestro de desejos e mentes, exercido por uma narrativa científica que estabelece - se em fundamentos ortodoxos utópicos, é necessário considerar o que Godelier chama de *consenso ideológico dos dominados.*

> "O fator mais forte não é a violência dos dominantes, mas o consenso ideológico dos dominados. Para mandar e conservar no poder uma parte da sociedade (...) a repressão serve menos do que a adesão, a força física serve menos do que a convicção ideal que implica a adesão e a cooperação voluntária (...). Portanto, é necessário que dominantes e dominados partilhem as mesmas representações, a mesma ideologia, para que se possa produzir o fator mais

[5] Tassara, E.T.de O. Utopia e Anti - Utopia: o ressuscitar da história. Em Souza, L. Freitas, Q. F.M.(org) Psicologia: Reflexões Impertinentes. Ed: Casa do Psicólogo.

forte do poder dos primeiros sobre os segundos, ou seja, o consenso fundado no reconhecimento da legitimidade de tal poder." (Godelier apud Tassara, 1999: 17)

Para Tassara e Darmegian, essa *antevisão* do futuro no mundo contemporâneo, aliada à construção da nova ordem mundial, é o resultado de uma propaganda das forças sistemáticas -pensamento hegemônico- sobre as representações sociais que se constroem da história. Essas forças seriam mantenedoras do *status quo*, persuadindo que as leituras efetivadas do mundo contemporâneo não são transformáveis, estando, portanto, dentro de um contexto da ortodoxia utópica.

A proposta das duas autoras citadas acima, para romper esse *processo de dominação dos desejos*, é a organização social do que Habermas chamou de *abertura do universo de locução* - a promoção de redes de diálogo inter–culturais, como forma de construção de um novo humanismo.

Segundo Giddens (1991), todo esse processo de criação de possibilidades e territórios futuros pré - estabelecidos, faz parte de um projeto de *colonização do futuro e seqüestro da experiência individual*, que consiste em um processo no qual a verdade íntima dos indivíduos é subjugada às verdades sociais.

Dessa forma, "seria possível se dizer que a questão fundamental para o entendimento do momento contemporâneo, não seria a dicotomia território - futuro, do espaço e da história, mas sim, a da dicotomia dominação - libertação, da emancipação da opressão de um seqüestro que coloniza o futuro em utopias invisíveis, presentes no status quo". (Tassara,1999:20)

Frente a este seqüestro, a proposta de Giddens, seria a criação de uma *política emancipatória* que se comprometesse com o conhecimento acerca das circunstâncias da vida social, instituindo espaços éticos, políticos e epistemológicos em que a reflexão da história fosse utilizada para fazer história- historicidade e para subsidiar o *planejamento da existência*, "levando os indivíduos participantes à compreensão reflexiva da identidade do self." (Tassara,1999: 21)

Esses espaços reflexivos exerceriam uma dupla função: a recuperação da autonomia e a construção de narrativas de identidade que possam vir a permitir aos indivíduos a consciência dos processos de colonização das alternativas de futuro pelas forças sistemáticas.

Estas instituições reflexivas:

"deveriam se tornar geratrizes de instâncias de reflexividade e, através da abertura dos referidos espaços de locução, promover a consciência crítica, lançando as bases para uma

retomada transfigurada do político, em suas verdadeiras e legítimas dimensões utópicas. Seria assim projetada, para elas, a função de vir a se constituir em elementos poderosos para a criação de um homem planetário, restaurando o fio de ligação utópica com o futuro e apoiando - se sobre uma prospectiva de produção de uma densa compactação de programas de cooperação e solidariedade". (Tassara,1999: 22)

Parece-nos que o Projeto Antimanicomial também se constitui como uma proposta de abertura de "reflexividade". A premissa em que Basaglia (1982) defende a convivência com o louco como geratriz de consciência política sobre os processos de opressão sociais, caracteriza uma ampliação do foco de intervenção e expressa um desejo de multiplicar a possibilidade de uma reflexão crítica sobre os poderes que operam em nossa vida. (ver Introdução)

"Daí, podemos dizer que a reabilitação é um processo que implica a abertura de espaços de negociação para o paciente, para a sua família, para a comunidade circundante e para os serviços que se ocupam do paciente: a dinâmica de negociação é contínua e não pode ser codificada de uma vez por todas, já que os atores (e os poderes) são muitos e reciprocamente multiplicantes." (Saraceno,1999:1120)

Posições teóricas e soluções técnicas X direitos e liberdades

Atualmente, no Brasil, o desenvolvimento do Projeto Antimanicomial, completa duas décadas de desenvolvimento.

"Nessa Trajetória, a influência da psiquiatria democrática italiana, a partir de meados dos anos 80, ganhou força no país. Este movimento propunha o questionamento da suposta universalidade do racionalismo científico das psiquiatrias, desvelando sua pretensa neutralidade." (Santos;Almeida;Venancio;Delgado, 2000: 47)

O Brasil assistiu, na década de 90, a criação e consolidação de propostas como CAPS e NAPS (Centros e Núcleos de Atenção Psicossocial), bem como o início do desenvolvimento de lares abrigados e cooperativas de trabalho para usuários de saúde mental. Estes equipamentos objetivam desenvolver duas premissas básicas do projeto antimanicomial: a desinstitucionalização e a ressocialização.

No entanto, devemos considerar que a simples instalação destes equipamentos, não necessariamente garante "o reconhecimento do que vem a ser dignidade humana, ou seja, o exercício de direitos e liberdades." (Fernandes,1999:92)

Para Fernandes, "da perpetuação de relações de mando e obediência, nos diversos domínios da vida social, derivam as contradições, evidenciadas no campo da saúde mental, entre

as proposições dos âmbitos políticos-jurídicos e as teóricas-conceituais, entre outras". (Fernandes,1999: 92)

Dessa forma, a questão da saúde mental não tem seu limite na criação de espaços diferenciados em que, a loucura possa habitar. Se a tentativa é fazer o louco habitar "as ruas da normalidade", devemos refletir sobre o que significa isso dentro de um contexto arqueológico do saber, isto é, o que significa; em um mundo como o nosso, em um país como o nosso, com nossa história e com nossos mecanismos de criar subjetividades; promover a convivência da comunidade com a loucura.

Tal questão é somente técnica? Que técnicas devem ser desenvolvidas para poder gerar crítica e reflexividade a partir da convivência com o diferente?

"Nosso horizonte, neste momento, está destinado apenas a delimitar os âmbitos envolvidos na análise do problema e a encontrar possíveis brechas a partir das quais se ampliaria o entendimento da teoria e da atuação que são propostas nos diferentes modelos teórico- técnicos (modelos de cura), além de sustentá-los a partir de sua relação com as possibilidades de subjetivação impostas pela sociedade. Nosso propósito é o de repensar os problemas ligados à saúde mental, deslocando-os do eixo que os coloca sempre através do diálogo entre posições teóricas que apresentam soluções técnicas imediatas. Em relação a muitos desafios, acreditamos que as soluções técnicas produzirão apenas resultados paliativos que não enfrentam, porque não decodificam, os verdadeiros problemas."(Fernandes,1999: 92)

Apresenta–se, então, a realidade da desinstitucionalização, como aquela em que uma pessoa internada no manicômio porque sofreu uma rejeição da organização social agora, ao receber alta, deve retornar, justamente, à essa sociedade que a negou. Se a sociedade não se transformou em relação aos julgamentos, imagens e narrativas que produz e reproduz da loucura, como pode ser agente ativo na ressocialização dos usuários de serviços de saúde mental? E, inversamente, pode ser a convivência com a loucura um detonador da consciência crítica dos entes sociais?

Se entendermos que, a psiquiatria clássica formou um arcabouço teórico - prático que definiu o lugar e o tratar frente aos loucos, devemos também entender que, contemporâneamente, o movimento antimanicomial também fundou seu arcabouço teórico - prático delegando um novo lugar e um novo tratar da loucura. A diferença é que o primeiro disseminou suas idéias sobre todo o corpo social e o segundo, não.

Sendo assim, temos uma nova práxis tentando se constituir sob uma velha ideologia que a limita. Cabe a nós entendermos as relações entre os seres humanos e certas circunstâncias histórico-culturais que condicionam nossas existências e são por elas condicionadas.

É esta ideologia / representações compartilhadas que, Fernandes (1999) aponta como necessários de decodificação.

> "(...) entendemos que as soluções atuais devam contemplar um encaminhamento da questão saúde mental na direção da abertura de um novo horizonte de possibilidades, que suponha o reconhecimento de uma crise de paradigmas e, como conseqüência, de uma transição entre paradigmas epistemológicos, sociais, políticos e culturais." (Fernandes,1999: 93)

O projeto Antimanicomial, sob a ótica aqui apresentada, amplia-se para uma discussão do:

> "(...) conjunto de representações que circula entre os construtores desse novo saber, ocupando seus diversos lugares sociais e profissionais, (essa discussão) é marcada por múltiplas contradições". (Fernandes,1999:95)

Para Fernandes, das heranças teóricas decorrem técnicas influenciadas por contraditórias ideologias. Dessa forma, os conceitos transitam entre teorias, desapegados de seu eixo estruturante.

> "As práticas se autonomizam gerando saberes descomprometidos com sua herança teórica". (Fernandes,1999: 95)

Estamos novamente nos referindo ao que a Teoria Crítica denominou de razão instrumental: uma perversão da razão em que ocorre a reprodução de certas teorias na ausência de reflexividade sobre as mesmas.

Talvez, por isso, a pesquisa intitulada "A Autonomia do Sujeito Psicótico" (2000), nos revele que o discurso da instituição nela analisada (CAPS), caracterize um trabalho frente ao "novo" e ao "inusitado", "mas ainda que se tente instaurar um modelo destituído de todos os incômodos do modelo asilar, podemos afirmar que mesmo nas novas propostas, o risco de cometer os equívocos dos antigos dispositivos manicomiais permanece". (Santos;Almeida;Venâncio;Delgado,2000: 49)

Assim como o discurso e a prática revelam a vivência de contradições, também o efeito destas práticas o faz.

> Isto é, "hoje já é possível que o louco fale, fato impensável há alguns anos atrás o que, sem dúvida, anuncia que mudanças aconteceram. No entanto, este discurso permanece aprisionado por saberes imbuídos de mais autoridade para dizer desses sujeitos do que suas próprias palavras".(Santos;Almeida;Venâncio;Delgado,2000:49)

A pesquisa supracitada também revelou que, os questionamentos e as possibilidades de transformação em saúde mental, ainda são tratados na clausura do "universo psi" [6], sem possibilitar a devida ampliação de que fala Fernandes (1999).

"Ocupar-se da saúde mental significa, num primeiro momento, procurar conceituá-la deixando-a "livre" da herança clínico-médica que a reconhece sempre no eixo da saúde e doença e que indica as abordagens psicoterapêuticas como instrumentos de acesso e de definição sobre seu caráter. Retirar a saúde mental do eixo terapêutico implica ressignificá-la no eixo da saúde social e conduzir a discussão à dimensão da subjetividade enquanto expressão das diferentes modalidades de subjetivação de nossa cultura."(Fernandes,1999:95)

Sendo assim, devemos nos ater às novas formas de subjetivação que, para além do indivíduo, revelam articulações com as condições sócio - históricas.

"Cabe-nos (...) identificar as novas roupagens pelas quais os mecanismos segregadores se apresentam." (Fernandes,1999: 97)

A desinstitucionalização, certamente, caracteriza-se como uma intervenção social, já que aponta para a criação de um espaço utópico - "loucos na rua" - e para a transformação política no setor da saúde mental pública. Mas qual seria a potencialidade da convivência com a loucura vir a resultar em uma intervenção psicossocial?

Intervenção Psicossocial pressupõe um comprometimento do sujeito da intervenção sobre o objeto da intervenção, isto é, não se limita a responder praticamente a um problema social, vai além, busca gerar reflexividade nos agentes envolvidos em tal problema. Ela produziria uma forma comprometida de mudança que, por ser psicossocial, situar-se-ia também na esfera mental e política.

"A simples diminuição dos espaços asilares e a proliferação de serviços de novo tipo não trazem nenhuma garantia de que essas modificações signifiquem que a desconstrução da cultura manicomial esteja ocorrendo (...) o que está em jogo para além de uma reorganização de serviços... é uma redefinição profunda do que sejam o objeto e o objetivo das nossas práticas de cuidado, e uma discussão acerca dos instrumentos que tal redefinição exige."(Bezerra apud Fernandes,1999: 97)

Dessa forma, a luta deve se colocar contra um modelo de desenvolvimento que:

"(...) transformou a subjetividade num processo de individuação burocrática e subordinou a vida às exigências de uma razão tecnológica que converte o sujeito em objeto de si próprio." (Fernandes,1999)

[6] Que refere-se ao arcabouço científico do universo da psicologia e psiquiatria.

Caracterização do espaço do campo

O serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira foi inaugurado na segunda década do século XX, em 1917, sendo denominado, na época, de Hospital para Dementes Pobres do Arraial de Souzas. Surgiu do interesse de um grupo de filântropos em modificar o panorama de assistência dada às pessoas com "comportamentos estranhos".

Em 1971, os pacientes psiquiátricos da região de Campinas eram encaminhados ao único hospital psiquiátrico do Estado de São Paulo, o Juqueri, que, por conseqüência, enfrentava uma superpopulação. Dessa forma, os "anormais" do município de Campinas eram recolhidos da rua e, esperavam por uma vaga no Juqueri, presos em cadeias.

Desde a sua inauguração até 1990, o Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira funcionou como um hospital psiquiátrico tradicional estruturando-se em "projetos de manutenção de imensos jardins de bonsais, onde todos compartilham um pacto que mantém um estado de *aqui não se pode crescer*." (Harari e Valentini: 2001:11)

Em 1990 a situação do Sanatório de Souzas era paradoxal à conjuntura externa de implementação do Sistema Único de Saúde, pós Constituição de 1988, que visava descentralizar as ações de saúde transferindo-as para as gestões municipais.

Neste mesmo ano a instituição assinou um convênio de co-gestão com a Prefeitura de Campinas, o qual foi aprovado em lei municipal de maio de 1990. A partir de então se desenvolveram várias alterações junto à entidade, incluindo a criação de um Conselho Diretor, com composição ampliada, do qual participavam: representantes do governo municipal, dos trabalhadores do Serviço de Saúde Mental Dr. Cândido Ferreira, das universidades, do governo do Estado, de familiares de usuários do SUS (Sistema Único de Saúde), representantes da comunidade de Souzas e da associação filantrópica mantenedora. (Valentini:2001:13)

"A chegada de novas formas de ver trazidas por outros protagonistas favoráveis ao desenvolvimento do SUS, oriundos de instâncias que não as clássicas (e viciadas) de assistência em saúde mental, auxiliou no processo de invenção de ações ampliadoras dos contextos de cuidados para se reconceitualizar o que se entendia por tratamento." (Valentini:2001:14)

No transcorrer do segundo ano da co-gestão, implantou-se um Conselho Técnico Administrativo (CTA) congregando profissionais que se reuniam, semanalmente, com a superintendência. O desafio deste Conselho era propiciar a articulação dos antigos profissionais com os novos.

Isto é, objetivava articular "disputas de poder que buscavam deixar claro que o que chegava era melhor do que o que havia sido encontrado", no entanto a dificuldade se estruturava em que "o que era visto como antigo não servia mais e o que era proposto como moderno, novo, não era visto ainda." (Valentini:2001:16)

Em 1991, o Conselho Técnico Administrativo transformou-se em Colegiado de Gestão, composto por profissionais de saúde, de diversas formações, responsáveis por administrar as equipes encarregadas dos cuidados e as equipes de apoio. Nessa oportunidade, foram criados grupos multidisciplinares de profissionais que passaram a se encarregar de contingentes de pacientes agrupados da seguinte forma:

1 – os internos há muitos anos que foram chamados de moradores.

2 – os que eram encaminhados de serviços de saúde e que estavam em crise e que foram chamados de agudos.

3 – os que eram atendidos no Hospital-Dia, durante o dia e retornavam às suas casas ao entardecer, chamados de Dias.

4 – e os que começaram a trabalhar em grupos, com direito à remuneração nos Núcleos de Oficinas de Trabalho. (Valentini:2001:17)

Além destas equipes de profissionais que foram denominadas de equipes de áreas-fim, também foram estruturadas equipes que atuavam nas áreas-meio, encarregadas de viabilizar, concretamente, as condições de mudança.

As equipes de cuidados diretos contavam com gerentes / coordenadores que, em sua maioria, eram profissionais universitários de diversas formações na área de saúde: "o gerente de unidade participa do Colegiado de Gestão, que é a instância de tomada coletiva de decisão no que diz respeito ao campo dos cuidados." (Valentini:2001:18)

Valentini coloca que estes gerentes eram também responsáveis pelo equilíbrio dos interesses nas negociações, já que "em geral, a capacidade de argumentação e negociação presente no pólo paciente é menor," (e, portanto) "a força da representação é destinada a proteger preferencialmente a parte com menos força." (Valentini:2001:19)

Durante os onze anos de duração da co-gestão foram realizadas diversas transformações no Serviço de Saúde Mental Dr. Cândido Ferreira. Uma das alas do

hospital, a Ala Arco- Íris, que abrigava 35 moradores, foi fechada e, atualmente, abriga numerosos projetos agrupados no Centro de Convivência. A Ala Paraíso também foi fechada e foram criados os Serviços Residenciais e o CAPS - Estação (Centro de Apoio Psicossocial).

> "Quando se fecham os paraísos, restam as cidades – as pólis – como local de destino. É aí o melhor dos lugares para se cuidar da vida." (Valentini:2001:21)

Em 1998 desenvolveu-se, em Souzas, um convênio com a Fundação Municipal de Ensino Comunitário (Fumec) da Secretaria Municipal de Educação. Surgiu deste convênio uma escola comunitária que, em 2001, era responsável pela alfabetização de mais de 200 adultos e destes, aproximadamente, 80 eram usuários dos serviços do Cândido Ferreira.

Atualmente, o Serviço de Saúde Mental Dr. Cândido Ferreira conta com uma rede ampla de equipamentos e atuação: três CAPS (Centro de Apoio Psicossocial) do Cândido Ferreira, três CAPS do município de Campinas, dois CAPS 24 horas, um CAPS infantil e um CAPS específico para usuários de álcool e drogas. O NADEQ (Núcleo de Atendimento à Dependência Química).

O Núcleo Clínico que, atende usuários com maior cronicidade e ou maior comprometimento psicopatológico, o Centro de Convivência e Arte, o Cândido Escola , uma Assessoria de Comunicação, Cooperativas de Trabalho e 31 Serviços Residenciais Terapêuticos.

Cabe, aqui, caracterizar a diferença entre os diversos CAPS. Em primeiro lugar compreende-se o Centro de Apoio Psicossocial como:

> "um serviço comunitário que tem como papel cuidar de pessoas que sofrem com transtornos mentais, em especial os transtornos severos e persistentes, no seu território de abrangência. A atenção deve incluir ações dirigidas aos familiares e comprometer-se com a construção dos projetos terapêuticos e de inserção social, trabalhando com a idéia de gerenciamento de casos, personalizando o projeto de cada paciente na unidade e fora dela e desenvolver atividades para a permanência diária no serviço."[7]

Os Centros de Apoio Psicossocial dividem-se de acordo com sua complexidade:

CAPS I – Atendendo um determinado número de pacientes do território, funcionando em regime de 8 horas dia e contando com uma equipe de profissionais de saúde mental.

[7]Citação de trecho retirado de material cedido pelo Serviço de Saúde Mental Dr. Cândido Ferreira no decorrer do Curso de Inverno intitulado "Saúde Mental: o cotidiano do cuidado", realizado em julho de 2006, sob responsabilidade instituição supracitada.

CAPS II – Contando com equipe de saúde mental mais completa, funcionando em regime de 12 horas dia e atendendo um número maior de usuários.

CAPS III – Funcionando em regime de 24 horas, sete dias por semana, devendo responder à demanda de saúde mental de sua área de referência, garantindo hospitalidade noturna, espaço de convivência, atenção à crise e ações de reabilitação psicossocial.[8]

Caracterizando os Serviços Residenciais Terapêuticos: uma análise interpretativa da saúde mental no cotidiano da vida

A reflexão, neste e no próximo capítulo, se guiará pelos pressupostos teóricos apresentados na Introdução e nos dois sub-itens iniciais deste capítulo: Linha do horizonte e Posições teóricas e soluções técnicas X direitos e liberdades.

A reflexão também explicitará o processo de construção do método de análise dos dados.

Trabalharemos com duas categorias gerais para orientar a leitura dos argumentos dos entrevistados: uma categoria que chamamos de sistêmica e que representa a manutenção de aspectos manicomiais nas relações descritas pelos entrevistados e; uma categoria que chamamos de anti-sistêmica e que, representa aspectos de ruptura com o sistema manicomial. Estas categorias são o ponto de partida da interpretação e tomarão corpo no decorrer da reflexão.

O desenvolvimento dos Serviços Residenciais Terapêuticos está garantido constitucionalmente pela portaria GM no. 106 de 11 de fevereiro de 2000. Em parágrafo único a portaria define:

> "Entende-se como Serviços Residenciais Terapêuticos, moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuem suporte social e laços familiares e que viabilizem sua inserção social." [9]

O Serviço Residencial Terapêutico administrado pela rede do Serviço de Saúde Mental Dr. Cândido Ferreira, conta, atualmente, com trinta e uma residências, destas, três funcionam em regime de 24 horas e quatro em regime de 12 horas, isto é, sete casas funcionam com uma supervisão mais incisiva da instituição.

---

[8] Idem nota 9.
[9] Citação retirada do site: http://portal.saude.gov.br, portaria GM, no. 106 de 11 de fevereiro de 2006.

Esse monitoramento visa corresponder às necessidades físicas e psíquicas dos moradores das residências. Na maioria das casas, em que o monitoramento é menor, são estruturadas visitas diárias de monitoras ligadas ao Cândido Ferreira, em muitos casos, os usuários contratam empregadas domésticas para auxiliar na administração cotidiana da residência e estão inseridos na rede de equipamentos de saúde mental do Cândido.

Os Serviços Residenciais estão vinculados aos CAPS Sul, Estação e Leste; territorialmente, existem residências em Souzas – região leste de Campinas e no Bairro da Abolição – região sul do município.

A distribuição espacial dos CAPS e suas respectivas residências de referência têm sido repensadas pelas equipes dos CAPS. Até o início de 2006, os moradores recebiam atenção das equipes multidisciplinares de referência dos CAPS. No entanto, segundo depoimento obtido em entrevista realizada com a coordenadora das Residências Terapêuticas (que denominaremos de CR), essa dinâmica de atuação começou a ser problematizada:

"Os CAPS, eles são divididos, a equipe é dividida em equipes de referência e aí toda equipe de referência era responsável por um número de serviço residencial (...) e aí, às vezes esses residentes também estavam vinculados ao CAPS, do ponto de vista de cuidado que o CAPS pode oferecer. Então tinha uma bagunça geral. Tinha questões de todos os tamanhos, tanto de que assim: *poxa, mas eu sou a referência dele aqui no CAPS e, em alguns momentos sou eu que ofereço uma escuta individualizada, aí eu tenho que vestir uma outra roupinha e ir na casa dele e ajudar a pensar como ele vai limpar o banheiro*.[10] Pra maioria isso não funcionava porque virava um nó na cabeça, tanto deles como na nossa." (SIC: CR)

Iniciou-se, então, um questionamento da intersecção destas duas esferas que acompanham o desenvolvimento dos Serviços Residenciais Terapêuticos: a necessidade de um acolhimento do sofrimento psíquico, realizado pela figura do terapeuta dentro do Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) e a administração das questões práticas do cotidiano que, embora também consideradas em uma esfera terapêutica, abrangiam atuações de outra ordem.

"E a gente tentava trabalhar: *olha quando você vai ao CAPS é um atendimento individual pra você falar das suas coisas,* aí chegava na casa e também é pra falar das suas coisas. E fora o tanto de situações que a gente se viu é, deixa eu achar uma palavra,

[10] A opção itálico será usada quando, nos relatos, os entrevistados se referem à fala de um outro, ou, quando referem-se ao que falaram no momento da experiência relatada.

não é descuidando, mas achando que, pelo fato de estar em uma casa, protegido e com uma estrutura montada, a gente podia, às vezes, por exemplo, no horário que estava combinado de vir pra moradia, ficar no CAPS, porque o CAPS estava pegando fogo e aí recombinava um outro horário pra ir." (SIC: CR)

Frente a esses questionamentos as equipes dos CAPS decidiram construir uma nova dinâmica na lida com as residências:

"Vamos construir outra coisa, porque desse jeito não dá, não dá pra ser assim, a gente entende que não é disputa entre a clínica do CAPS e a clínica da moradia, as duas tem a sua importância. Ficar tudo num mesmo nível pra dentro do CAPS não dá. Então foi quando a gente começou a experimentar as equipes de referência só para a moradia. Então os três CAPS: o leste, o sul e o Estação têm uma equipe só para serviço residencial (...) e aí eu tô nessa condição de articular as três equipes." (SIC: CR)

As questões apontadas são elementos do trabalho que órbita em torno da temática da desinstitucionalização:

> "A noção desinstitucionalização delimita-se no interior dos processos de reestruturação sócio-institucional das sociedades européias e americanas após as duas Guerras Mundiais, onde os Estados Modernos passaram a responsabilizar-se (oficialmente) pelos chamados Problemas Sociais (...). Nesse quadro, os intelectuais adquiriram um espaço crescente na organização e administração da vida social que se torna, cada vez mais, gerida segundo critérios científicos, racionalidade que se caracteriza por realizar um nexo linear entre conhecimento científico e solução racional (técnica) dos problemas identificados." (Barros:1998:171)

Notamos, então, que, embora o conceito de desinstitucionalização represente, atualmente, uma desconstrução de saber (Barros:1998) e não mais um vértice linear entre teoria científica e técnica, ainda enfrentam-se problemáticas decorrentes da implementação experiencial da prática da desinstitucionalização, o que faz com que, o campo da ação comprometida com a saúde mental, esteja claramente em construção.

Construção que transcende a linearidade supracitada e que, parece inventar-se em uma relação dialética entre teoria e técnica.

> "Resumindo, para os italianos, o objeto da psiquiatria deve ser o sofrimento psíquico ou a existência-sofrimento (Rotelli in Nicácio,1989:17-59), sua relação com o corpo social e o papel do técnico estão centrados na necessidade de reprodução social em serviços na comunidade que efetivamente substituam o manicômio. Não se trata, portanto, de criar alternativas, mas de desconstruir o manicômio, substituindo-o na prática e desconstruindo, ao mesmo tempo, o contágio cultural em termos das teorias e dos valores a ele vinculadas." (Barros:1998:178)

A reestruturação da dinâmica da atenção aos Serviços Residenciais Terapêuticos, segundo o testemunho da entrevistada, modificou a priorização de um caráter operacional associado ao cotidiano, ressignificando este termo, cotidiano, que passou a incluir aspectos subjetivos:

"Eles estão podendo desejar e aí quando se deseja... Por que o que acontecia antes? Era essa coisa operacional. Né? "Hoje a gente entende que é uma gestão do cotidiano, não é só operacional". Quando a gente faz a gestão do cotidiano, se você não estimula desejar (...) Eles têm empregada doméstica contratada, mas assim... Foi o trabalho de eles poderem dizer: *"Olha, não dou conta de varrer, não dou conta mais de lavar."* (SIC: CR)

Podemos localizar duas estratégias identificadas na construção do trabalho desenvolvido nas RTs, são elas: gestão do cotidiano e matriciamento.

Essas duas estratégias serão apresentadas como na definição dada pela entrevistada, isto é, não pretendemos trabalhar objetivando definir tais conceitos dentro do universo teórico-científico.

Interessa-nos "recheá-los" com as definições e características oriundas dos relatos coletados, afim de, esculpir uma imagem do pensamento aplicado à prática, em nosso exemplo.

A gestão do cotidiano é apresentada como uma estratégia para administrar as questões básicas da rotina da vida permitindo que o desejo seja expresso, o que não é uma tarefa simples:

A gestão do cotidiano, também, encerra um elemento comunicativo em sua estratégia que, se dá, nos dois primeiros exemplos que se seguem, entre o desejo do usuário e a expressão desse desejo no mundo.

O primeiro exemplo de gestão do cotidiano apresentará um acontecimento com uma empregada doméstica em que, foi realizada, uma intervenção do serviço.

Aconteceu que, a funcionária de uma das RTs consertou um aparelho doméstico sem consultar o serviço e, cobrou mais do que havia gasto, dos usuários. O problema foi tratado da seguinte forma:

"E aí assim, a gente teve que intervir. E como foi feita a intervenção? O terapeuta foi, referência da casa, porque essa história chegou assim, isso foi de manhã, a gente teve reunião à tarde, foi tudo muito rápido. Se não tivesse reunião seria também. A gente discutiu e ai a terapeuta da casa, referência, foi à casa, conversou primeiro em particular com a empregada doméstica, que confirmou que tinha feito isso com eles, que

foi um momento de bobeira... Aí ela pediu pra ela esperar, ela conversou com o grupo, em separado, e aí o grupo pôde dizer como foi, do jeito deles, e aí sentou a empregada, o grupo de moradores e a coordenadora e foi feita a demissão ali na hora, pelos moradores." (SIC: CR)

Notemos que, a intervenção realizada pela pessoa da equipe, referência da casa, inscreve-se no universo da possibilidade comunicativa. Desenvolveram-se três conversas: uma com a funcionária que, pareceu ter a função, de investigar os fatos. Outra com os usuários para identificar o desejo de ação e, uma terceira, com a pessoa de referência presente, para comunicar à uma parte o que a outra pensa.

A intervenção parece se centrar na figura da integrante da equipe (o técnico), que, é a única presente, nas três conversas. Também notamos um deslocamento espacial de informações entre a funcionária e os usuários que, se realiza, através desta figura.

Podemos entender que a integrante da equipe realiza uma mediação comunicativa, na intenção de promover a compreensão do problema pelas partes envolvidas e, facilitar uma ação.

A função de mediador (a) na comunicação entre usuários e comunidade, aparece em outros exemplos do campo e, será trabalhada, ao longo da reflexão deste capítulo..

Após a intervenção, CR teve a chance de conversar com a funcionária demitida:

"Ela dizia assim: *foi só um momento de bobeira, mas eu devolvi em seguida o dinheiro.* Tipo, sem crítica e aí assim: *mas foi bom, eu aprendi*. E eu falei: *O que que você aprendeu com essa história? Aprendi que a gente não deve falar as coisas perto dos outros. Como assim? Ah, porque eu falei perto da T.* – que é a monitora – *e ela veio e fez a minha cabeça, por isso que eu tô sendo mandada embora.* Então sabe, sem crítica?". (SIC: CR)

Traremos outro exemplo de intervenção do Serviço de RTs na gestão do cotidiano:

"Tem uma outra, aqui da leste, que eu tentava trabalhar como essa que e falei pra você do salão. Várias conversas com essa pessoa e nada; um dia eu falei: *você está proibida, se eu te pegar dentro da moradia, eu vou chamar a polícia.* Eu tive que falar isso em nome dos moradores, porque ela era tão sedutora, tão perversa, que eles não conseguiam enxergar que de fato, o anel que ela vendia que a gente encontrava, descaradamente, no caminhão por R$2,00 reais, ela vendia a R$50,00, a R$70,00 reais pra eles. (...) Ela era vizinha, só que ela sacaneava mesmo, então ela vendia sabonete da X , que no catálogo era um preço, por um preço absurdo. Ela usava o telefone como se

fosse orelhão, ela ia lá na casa, é uma pessoa bem complicada, tanto que ela se intitula funcionária do Cândido pras pessoas.” (SIC: CR)

Após a interdição da entrada desta vizinha (intervenção), CR teve conversas com o grupo de usuários-moradores:

“Mas tem esse tipo de coisa. Com ela eu precisei, depois de várias conversas, eu precisei falar: *você não entra mais aqui, você só entra aqui quando você for convidada*. Tanto que, nos aniversários, ela vai, porque ela é convidada. Eles adoram ela. E assim, eu trabalho muito com o grupo e eles entenderam; isso eles não fazem mais, porque às vezes eles contam que ela ainda oferece alguma cosia. Eles não querem mais porque já estão perdendo a confiança; a relação de confiança rompeu. Desse ponto de vista da compra. Mas de conversar, de papear, eles gostam, e então eles convidam ela pros aniversários, pras festas... Pra papear, às vezes.” (SIC: CR)

Finalizando a exemplificação deste conceito de gestão do cotidiano, traremos mais um relato que descreve, agora, a comunicação entre os usuários moradores de uma RT e os integrantes da equipe do serviço:

“Por que as casas... os moradores não têm muita autonomia, eles estão ali, eles denunciam: quando elas roubam, quando elas maltratam. Porque isso acontece, mas eles não conseguem, na maioria das vezes, intervir no ato. Então assim, vê que está levando o arroz embora e falar: *você não vai levar; você pediu pra alguém pra levar?* A denúncia, quando falam que eles denunciam, vem pela agitação, pela crise... que daí a gente começa a achar que tem alguma coisa esquisita.” (SIC: CR)

Nos exemplos apresentados para compor a noção de gestão do cotidiano, encontramos aspectos que, compreendemos como integrantes de nossa categoria sistêmica.

O primeiro aspecto é a mediação comunicativa que o serviço de saúde mental realiza entre usuários e comunidade. Em nossa leitura, a necessidade desta mediação, pode manifestar uma dificuldade na relação de entendimento entre os usuários e seus interlocutores: sejam os vizinhos ou, como em nosso último exemplo, com integrantes da equipe.

É necessário diferenciar duas atitudes frente a essa dificuldade na comunicação: a primeira é a tentativa, por parte da equipe do serviço de RTs, de ler, na agitação e na crise, algo do cotidiano que incomoda. Essa tentativa de compreensão encontra seus obstáculos no campo da lógica do discurso e, a atitude da equipe pode ser caracterizada como, intencionalmente, investigativa.

As atitudes dos dois primeiros exemplos desenham uma imagem bem diferente. No primeiro, a funcionária doméstica age de forma antiética e, mediante a intervenção realizada, confessa sua atitude. Quando convidada á refletir sobre o acontecido, culpabiliza a monitora de ter feito fofoca.

Nota-se que a funcionária não acusa nenhum dos moradores, como se eles fossem incapazes de realizar a leitura das ações que ela efetua[11], somente uma pessoa sã poderia ler, interpretar e comunicar o que acontecia.

Esse aspecto nos faz supor que, esta funcionária, identifica uma falha na capacidade de comunicação dos usuários e, que, utiliza essa dificuldade para agir de forma anti-ética.

Ainda sobre essa funcionária, podemos repetir o que CR fala: "Então sabe, sem crítica?". (SIC: CR)

Não se evidencia nenhum processo de reflexão ou questionamento por parte da funcionária: a experiência parece ser rapidamente, incorporada a um acontecimento análogo (familiar), de que já se tem registro.

Essa interpretação da realidade, carregada de juízos, funciona como ideologia e promove a distinção acrítica entre "loucos e normais".

O exemplo da vizinha que vende seus produtos, aos usuários, por preços exorbitantes, se parece muito com o da funcionária. Supomos que essas atitudes não se constroem na aplicação da estratégia, inversamente, fazem parte de um registro histórico, repleto de avaliações e juízos que, é sempre consultado mediante o encontro com o desconhecido.

È interessante notar que as duas atitudes também partem da lógica, como no exemplo da atitude investigativa.

A diferença, portanto, não é da ordem da racionalidade, e sim, da esfera da racionalização que, entendemos a partir do que foi denominado de razão instrumental pelos teóricos da Teoria Crítica e que, pode se definir como uma perversão da razão em que ocorre a reprodução de certas teorias na ausência de reflexividade sobre as mesmas.

Essa transformação da racionalidade em racionalização é, justamente, a introdução do caráter ideológico na racionalidade, porém, essa adição de juízo não é percebida por grande parte dos entes sociais que, reproduzem "verdades" como absolutas.

[11] Uma das moradoras desta Residência já tinha reclamado do sumiço de algumas roupas, mas, a funcionária não soube deste episódio.

Fundamentados em nosso arcabouço teórico, podemos interpretar estes dois exemplos (o da funcionária e o da vizinha vendedora) como aspectos sistêmicos que perpetuam relações manicomiais, mesmo na ausência física da Instituição. As atitudes descritas, ao nosso ver, representam:

> "uma projeção de um processo de dominação de mentes e desejos objetivando, e redundando, na manutenção do status quo." (Tassara,1999: 17)

Como vimos, a construção do trabalho nas Residências Terapêuticas (RTs)[12], também prescinde de uma gestão do cotidiano. E, mais além, CR nos traz outro conceito que, parece ser estratégico, no trabalho que é desenvolvido pela equipe deste serviço:

"É, matriciamento desses lugares que a gente tá lá no território, é ir lá, conversar. Sabe do que se trata? Ajudar eles (a comunidade) a pensarem e nos ajudar, também no sentido de pensar em como lidar com algumas situações... É uma troca, na verdade, de informações e de construção. Às vezes, não é troca mesmo, é construção: *Olha fulano de tal, o quê que a gente vai pensar junto?* (...) Tenta construir de uma outra forma, né? É isso que a gente chama de matriciamento." (SIC: CR)

Em primeiro lugar, nos parece que o matriciamento e a gestão do cotidiano estabelecem, entre eles, uma relação dialética de construção, isso porque, tanto o matriciamento pode ser compreendido como um processo da gestão do cotidiano como o contrário também é possível de se supor:

No relato de CR o matriciamento é uma construção conjunta entre, o Serviço de Saúde Mental e a comunidade, na tentativa de promover a convivência entre usuários e vizinhos. Parece-nos que, o limite desta construção não é a capacidade técnica do serviço, nem mesmo a capacidade solidária da comunidade.

> "A reabilitação não é a substituição da desabilitação pela habilitação, mas um conjunto de estratégias orientadas para aumentar as oportunidades de trocas de recursos e de afetos. A reabilitação é um processo que implica a abertura de espaços de negociação para o paciente, para a sua família, para a comunidade circundante e para os serviços que se ocupam do paciente: a dinâmica da negociação é contínua e não pode ser codificada de uma vez por todas." (Saraceno:1999)

Quando CR nos fala:

"Ajudar eles (a comunidade) a pensarem e nos ajudar". (SIC:CR)

[12] Passaremos a utilizar a abreviação RT para Residências Terapêuticas e RTs, em caso de plural.

Podemos dizer que, o matriciamento, é representado por uma estratégia comunicativa que se propõe à convivência reflexiva e contínua e, à intenção de ações que, facilitem a relação entre os grupos envolvidos.

A intenção de construir redes de diálogos que facilitem o desenvolvimento da abertura de espaços de comunicação e a criação de dinâmicas de funcionamento das Residências Terapêuticas pode, ser incluídas, em nossa categoria anti-sistêmica, já que, podemos ver algumas rupturas no caminho linear entre teoria científica e técnica:

Primeiro porque, nas duas estratégias supracitadas, a produção de conhecimento parece desenhar algo da ordem do experimental e da invenção que, acontece, mesmo que exista uma dimensão teórica que, antecipadamente, pré-determine algumas regras da atuação técnica. A supressão que, comumente, a razão opera na prática/técnica parece se apresentar de forma mais fluída, justamente, pelos vértices dialéticos de construção entre teoria e prática.

Segundo, porque na ordem da racionalidade, insere-se o entremeio do desejo. A relevância dada à subjetividade foge à usual exclusão de aspectos subjetivos mediante a objetividade à que se pretende a racionalidade. Podemos encontrar analogias desta dinâmica de construção de um saber/prática com certas teorias psíquicas e/ou sociais, mas, em nosso exemplo, no campo da saúde mental, focalizamos a qualidade da relação em que desejo e racionalidade se complementam.

> "A razão é a racionalização do princípio do desempenho. Mesmo no princípio da civilização ocidental, muito antes desse princípio ter sido institucionalizado, a razão já era definida como instrumentos de coação, de supressão dos instintos, a sensualidade, eram considerados eternamente hostis e nocivos à razão. As categorias em que a Filosofia englobou a existência mantiveram a ligação entre razão e supressão; tudo o que pertencer à esfera da sensualidade, do prazer, dos impulsos, tem por conotação ser antagônico da razão -algo tem que ser subjugado, reprimido (...) Entretanto o domínio da razão repressiva jamais foi completo: seu monopólio da cognição nunca deixou de ser contestado.Quando Freud salientou o fato fundamental de que a fantasia [imaginação] retinha uma verdade incompatível com a razão, estava seguindo uma longa tradição histórica (...) A cultura do princípio de desempenho curva-se perante as estranhas verdades que a imaginação mantém vivas no folclore e nas lendas, na literatura e na arte; foram propriamente interpretadas e encontraram seu lugar legítimo no mundo popular e acadêmico." (Marcuse:1981:146/147)

Seria possível supor que o trabalho em saúde mental e uma de suas características que, aqui denominaremos de, "arbitrária e inventiva", lide justamente com uma transformação na relação entre conhecimento científico e técnica?

Façamos o caminho inverso ao que desenvolvemos para retomar o foco de reflexão deste capítulo: entendemos que, matriciamento e gestão do cotidiano, são

estratégias que comportam intenções de criação de espaços de comunicação, entre grupos, para promover a possibilidade de convivência com a loucura.

É possível sugerir uma correspondência de interesses entre essas estratégias (microestruturalmente) e o conceito de *abertura do universo de locução* (macroestruturalmente) desenvolvido por Habermas em que:

> "se defende a promoção de redes de diálogo inter-culturais como forma de construção de um novo humanismo." (Damergian e Tassara: 1998)

Então, na amplitude da intenção, as duas estratégias podem ser interpretadas como anti-sistêmicas, porque apresentam características de ruptura com aspectos manicomiais: nas relações e na construção do saber e da técnica.

Em relação à ruptura com aspectos manicomiais encontrados nas relações, podemos focar: a tentativa de construção de uma convivência possível entre usuários e comunidade, o objetivo de incluir o desejo dos usuários na negociação do cotidiano, a tentativa de reverter certas estruturas de julgamento social.

> "Retirar a saúde mental do eixo terapêutico implica ressignificá-la no eixo da saúde social e conduzir a discussão à dimensão da subjetividade enquanto expressão das diferentes modalidades de subjetivação de nossa cultura." (Fernandes,1999:95)

Ainda é possível encontrar, nas estratégias em discussão, uma intenção de construção dialética, entre a comunidade e o serviço de saúde mental, do conhecimento que promova a criação de estratégias de intervenção na convivência entre os envolvidos. Neste sentido, a teoria ganha uma dimensão prática e, a prática, uma dimensão teórica.

E, para além desse redimensionamento, parece ocorrer também, uma transformação espacial e temporal na relação entre teoria e prática: a primeira porque a suposição de que a comunidade carrega saberes que podem constituir a construção da técnica, retira a exclusividade do lócus científico em produzir conhecimento. O espaço do saber é ampliado à noção da existência/ experiência no contexto do estudo, o sujeito do conhecimento, neste exemplo, é outro.

A transformação temporal ocorre porque se desfaz o vértice em que, é necessário primeiro produzir uma teoria e, só, posteriormente, aplicá-la como técnica. Se o lugar de produção de conhecimento é ampliado ao espaço da existência, o tempo da produção de conhecimento é, agora, o mesmo da construção e aplicação da técnica.

A "nova" relação entre produção de conhecimento e técnica, por sua característica dialética, possibilitaria que o conhecimento se debruçasse, reflexivamente, sobre ele mesmo.

Sendo assim, nos parece possível tecer alguns raciocínios finais neste capítulo.

Vimos que o Serviço de Residências Terapêuticas conta, entre outras, com duas estratégias em que, focamos nossa análise, neste capítulo.

Nossa proposta inicial para o desenvolvimento desta reflexão, partia da aplicação de categorias gerais para orientar a leitura das estratégias, que eram, então, a unidade de análise.

No entanto, podemos dizer que, a gestão do cotidiano e o matriciamento são estratégias que contém tanto aspectos sistêmicos, quanto anti-sistêmicos.

O objeto de pesquisa, por suas características, exige uma reformulação do método de análise. Criaremos uma nova forma de agrupar nossos exemplos: primeiro mudaremos a unidade de análise que passará a ser a qualidade dos aspectos, oriundos das estratégias.

Isto é, nos parece que, as estratégias em questão, apresentam, a maioria dos aspectos anti-sistêmicos, no contexto da intencionalidade de realizar uma transformação psicossocial. Embora fique claro uma tentativa de atuação conjunta com a comunidade, essa prática é, ainda, incipiente.

Os aspectos sistêmicos parecem se concentrar no conjunto das atitudes sociais oriundas de antigas, mas, ainda operantes, representações sociais sobre o louco e a loucura.

> "A formação cultural agora se converte em uma semiformação socializada, na onipresença do espírito alienado, que, segundo sua gênese e seu sentido, não antecede à formação cultural, mas a sucede. Deste modo tudo fica aprisionado nas malhas da socialização." (Adorno: 1996: 388)

Estas atitudes sociais sistêmicas podem ser compreendidas, a partir da Teoria Crítica, como resultado de uma "ideologia totalitária" (Adorno:2004) em que, tudo já está explicado por um sistema hegemônico de interpretação do mundo.

Esse sistema de interpretação fornece, continuamente, explicações que, embora, externas ao sujeito, são, por ele, aderidas de maneira imediata[13]. O indivíduo, então,

[13] Adesão imediata é um conceito, desenvolvido por Adorno (2004), em seu texto sobre a Teoria da Pseudocultura.

carrega um registro explicativo que, consulta sempre, mediante a necessidade de interpretar a realidade.

No contexto da "ideologia totalitária" (Adorno:1996), a forma explica qualquer conteúdo, portanto, o sistema de interpretação do mundo é vazio, mas não deixa lacunas para a possibilidade da crítica.

Dessa forma, o contato do sujeito com o mundo, é acrítico e alienado. Se tudo já está explicado, o questionamento se torna inútil.

É isso que, parece acontecer, na tentativa de interpretação, realizada pela funcionária, do acontecimento descrito em nosso exemplo: não se evidencia nenhum processo de reflexão ou questionamento, a experiência parece ser rapidamente, incorporada a um acontecimento análogo (familiar), de que já se tem registro (adesão imediata: Adorno: 2004).

Concluindo a reflexão deste capítulo, podemos dizer que, as dificuldades, na realização das intenções anti-sistêmicas das estratégias de gestão do cotidiano e matriciamento, localizam-se, em nossos exemplos, no conjunto de atitudes que, interpretamos como parte das conseqüências de:

> "uma forma de racionalização que, escamoteando a racionalidade, gera e propaga alienação, pois impede o conhecimento do fundamento da produção simbólica organizadora da cultura." (Tassara e Ardans, 2003)

Como vimos a ausência da crítica representa um dos aspectos sistêmicos que dificultam a ruptura com a cultura manicomial. Então, a criação de espaços que promovam a capacidade crítica do sujeito, parece ser estratégia facilitadora (senão, essencial) no desenvolvimento dos pressupostos de desinstitucionalização e ressocialização.

E, que sendo assim, é impossível dissociar o desenvolvimento das estratégias do Projeto Antimanicomial de uma intenção de transformação psico-sócio-cultural.

5 - Identidade e comunicabilidade: um ensaio sobre o que seria a crítica.

"Assim, o louco surge agora numa dialética, sempre recomeçada, entre o *Mesmo* e o *Outro*. Enquanto outrora na experiência clássica, ele era logo designado, sem outro discurso, por sua presença apenas na partilha visível – luminosa e noturna – entre o ser e o não-ser, ei-lo agora portador de uma linguagem nunca esgotada, sempre retomada, e remetido à si mesmo pelo jogo de seus contrários, uma linguagem onde o homem aparece na loucura como sendo outro que não ele próprio. Mas nessa alteridade ele revela a verdade de que ele é ele mesmo, e isto indefinidamente, no movimento tagarela da *alienação*. O louco não é mais o *insensato* no espaço dividido do desatino clássico; ele é o *alienado* na forma moderna da doença. Nessa loucura, o homem não é mais considerado numa espécie de recuo absoluto em relação à verdade; ele é, aí, sua verdade e o contrário de sua verdade; é ele mesmo e outra coisa que não ele mesmo; é considerado na objetividade do verdadeiro, mas é verdadeira subjetividade; está mergulhado naquilo que é sua perdição, mas só entrega aquilo que quiser entregar; é inocente porque não é aquilo que é, e culpado por ser aquilo que não é. A grande divisão crítica do desatino é agora substituída pela proximidade, sempre perdida e sempre reencontrada, entre o homem e sua verdade." (Foucault:1989:520/521)

Identidade e comunicabilidade: um ensaio sobre o que seria a crítica.

"(...) a primeira modalidade de existência é o ser imagem para o outro".
(Winnicoot: 1918)

Na tentativa de desenvolver um projeto social antimanicomial, a nosso ver há que se enfrentar a problemática dos juízos, imagens e representações sociais acerca da loucura e do louco. Em pesquisa de Saúde Coletiva intitulada "A Loucura Tal qual a (Des) Conhecemos"[14], foram reveladas algumas considerações interessantes que podem introduzir a temática da subjetividade nas relações entre usuários e vizinhos.

A loucura, nos relatos colhidos, apresentou-se diluída entre dois pólos: uma concepção relativa à doença mental propriamente dita e uma concepção que remete à produção da loucura por um cotidiano difícil. Essas duas dimensões contemplam múltiplas possibilidades em seus entremeios, caracterizando uma plasticidade no conceito da loucura.

Inerente a essa gama de possibilidades, alguns fatores são apontados como catalisadores e, contrariamente, como protetores mediante o processo de enlouquecimento. Esses fatores remetem-nos a duas dimensões: a social e a individual.

Os entrevistados apontam para uma vida difícil e miserável como catalisador da loucura. No entanto, há uma referência constante à estrutura individual enquanto termômetro da possibilidade de enlouquecimento; isto é, parece que a propensão para a loucura, no imaginário social, sintetizar - se – ia sobre o quanto a vida é dura e o quanto o indivíduo é forte.

Também é conseqüência desta plasticidade, a constatação, ainda feita pelos entrevistados da pesquisa realizada, de que a própria realidade é loucura, e é desta realidade que é necessário alienar-se para evitar a instalação da loucura – doença.

Ao se analisar a condição do controle e da liberdade frente à situação da loucura, foram desenvolvidas algumas reflexões que fundamentaram–se na idéia "foucoultiana"[15]de que, o poder é relação e de que os membros de determinada sociedade são parte fundamental na reprodução desses poderes. Essa idéia é

[14] Fernandes, A . A Loucura Tal qual a (Des) Conhecemos. Aprimoramento em Saúde Coletiva. Instituto de Saúde. Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo. 2002
[15] idéia defendida por Foucault, M em Microfísica do Poder. Ed. Graal. 1981

compartilhada pela psicologia social, em que a consciência não se limita a ver o mundo, mas também o constrói, intervindo e reproduzindo elementos sobre ele.

Interpretou – se que essa é a relação que se estabelece entre o interno e o externo: seja na materialidade física do muro do manicômio, como na realidade subjetiva do homem.

O manicômio visto como divisor de águas entre a loucura e a normalidade, como representativo do lugar das coisas, sugere uma socialização do diagnóstico da loucura; isto é, por meio da materialidade física do muro qualquer ser social pode delimitar o espaço da loucura. O muro em si já o faz.

> "O manicômio, como o cárcere, é a estrutura que representa não só a realidade, mas é também um fantasma para o público. É o lugar do internamento e a origem do medo de ser internado. É também um meio de controlar, em certo sentido, os impulsos. Isso vale também para outros meios de opressão de que o estado dispõe pra controle social. O manicômio representa o "lugar da loucura" e ninguém é louco na cidade porque os loucos estão no manicômio. É o jogo dos fantasmas." (Basaglia,1982: 79)

No entanto, este muro não é só material, invade o campo subjetivo quando internalizado e cria novas condições de julgamento no corpo social. O muro é também a ameaça, a conseqüência do enlouquecimento e, portanto, sugere uma defesa de qualquer indivíduo que se veja próximo a esse fim. Desse ponto de vista o muro incita o controle individual: o indivíduo se auto-normaliza para evitar estar dentro do espaço circunscrito do muro manicomial.

> "A liberdade formal de cada um está garantida. Ninguém tem que se responsabilizar oficialmente pelo que pensa. Em compensação, cada um se vê desde cedo num sistema de igrejas, clubes, associações profissionais e outros relacionamentos, que representam o mais sensível instrumento de controle social." (Adorno e Horkheimer,1985,p.140)

Esse controle interno nos remete ao muro subjetivo do homem, em que as pulsões devem ser transformadas a ponto de o homem apresentar um ego social delimitado pela norma, pelo permitido socialmente.

Freud já atentou para essa idéia ao discorrer sobre o mal estar na civilização, o que seria, para ele, projeção do constante conflito entre a busca do prazer do homem e a possibilidade civilizatória.[16] No entanto, vimos (Marcuse: 1981) que essa idéia parte de um princípio de cisão entre racionalidade e subjetividade.

[16] reflexão realizada por Freud, S. em O Mal Estar na Civilização.ed. Imago. 1997

De qualquer forma parece que, o que foge ao controle do indivíduo, é assumido pelo controle social e que, o último, comumente, nos propõe uma perspectiva identitária padronizada que corresponde a uma centralidade modelar.

> "Cada qual tem que se comportar como que espontaneamente em conformidade com seu *level*, previamente caracterizado por certos sinais, e escolher a categoria de produtos de massa fabricada para seu tipo." (Adorno e Horkheimer,1985,p.116)

Nesse contexto político da identidade, a convivência com a alteridade (no caso, o louco) poderia corresponder a uma desestabilização de modelos subjetivos normativos? E, se sim, isso colocaria o sujeito em dinamismo reflexivo de suas condições de existência?

Considerando-se a questão da subjetividade frente ao universo da loucura,é comum supor que no louco ocorre uma menor repressão das forças civilizatórias, em relação à incidente sobre os indivíduos considerados sãos e, decorre deste raciocínio, sermos levados a pensar que os instintos estariam menos suprimidos. Concomitantemente, a noção de si, em um sujeito que sofre psiquicamente, provavelmente, é diferente da noção que fazemos sobre *ter noção de si*.

> "A subjetividade pode ser entendida pelo menos de duas maneiras diferentes: como experiência de si e como condensação de uma série de determinações (...) Assim podemos dizer que o sujeito se encontra no cruzamento de várias linhas de força, das quais ele determina algumas, enquanto outras o determinam." (Mezan:1997:12/13).

Sendo assim, a questão da subjetividade desdobra-se nas dimensões da identidade e da diversidade, respectivamente, nas maneiras supracitadas. No entanto, é necessário refletir sobre como atuam, em nossa sociedade contemporânea, as linhas de força que determinam o sujeito e, as que, pelo sujeito são determinadas. Para tal, adotaremos uma linha teórica complementar à já explicitada na introdução deste trabalho.

Ao utilizar o conceito de *consenso ideológico dos dominados* de Godelier[17], pressupomos que exista um modelo centralizador identitário, oriundo de forças dominantes e que, este modelo, representa um compartilhamento de representações e de ideologias que legitima e mantém o poder que o gera.

Essa pressuposição também é encontrada nos escritos de Adorno e Horkheimer: Na Dialética do Esclarecimento (1985), os autores apontam para a existência de uma

[17] Vide pg 10/11.

falsa harmonia entre o universal e o particular, em que modelos de cultura evidenciam uma unidade entre o macrocosmos e o microcosmos. Dessa maneira, o poder do monopólio homogeneíza a cultura de massa que, por sua vez, delineia o possível e o impossível, inclusive no que diz respeito à identidade.

> "A vida no capitalismo tardio é um contínuo rito de iniciação. Todos têm que mostrar que se identificam integralmente com o poder de quem não cessam de receber pancadas. (...) Na indústria, o indivíduo é ilusório não apenas por causa da padronização do modo de produção. Ele só é tolerado na medida em que sua identidade incondicional com o universal está fora de questão." (Adorno e Horkheimer, 1985,p.144)

Sendo assim, é necessário compreender que, quando utilizamos a conceituação de identidade proposta por Mezan (1997), partimos, também, dessa definição das linhas de força que atuam sobre a mesma.

Identificamos, então, um modelo de identidade que, provavelmente, associa-se à própria construção da idéia de normalidade: conceito que, apresentamos como, ontologicamente, estatístico. (Durkheim:1999).

Portanto, no início da construção do conceito de normalidade, encontramos uma leitura matemática que, propõe como normais, os fenômenos que apresentam maior incidência.

No entanto, posteriormente, no processo de propagação dessas idéias no social, ocorre um acréscimo de fatores culturais que, vão remodelando o que, em nosso julgamento social (juízos: valores e crenças), compõe o que denominamos de *ser normal*.

> "Dessa forma, ao se materializar o naturalismo com a fundação da física dinâmica, constituia-se uma forma de conhecimento comprometida com uma ontologia realista-materialista, uma epistemologia objetivista e dualista, através da qual, pela suposta não interação entre o sujeito e o objeto do conhecimento, pressuposto do paradigma eleito, excluiam-se do conhecimento os valores e crenças redutores deste mesmo conhecimento. Decorria, então, uma metodologia experimentalista-empirista, isolando o conhecimento dela derivado, dos valores e crenças do sujeito e, os eventos observados, de fatores externos de interferência sobre os mesmos." (Tassara[18])

Parece-nos tão difícil compor o que é a loucura, quanto supor que, encerramos a conceitualização do que é ser normal. Não há uma determinação exata do que seria a

[18] TASSARA, Eda T. de O. (2006) A Psicologia Social e o Enfrentamento da Crise Ambiental. Texto apresentado em Prova de Erudição para a obtenção de título de Professora Titular junto ao Departamento de Psicologia Social e do Trabalho do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

personalidade ideal, embora partamos deste suposto conceito para determinar o que é a personalidade louca.

A identidade e a alteridade, no contexto da loucura, merecem uma problematização mais específica:

> "Ressaltemos: o outro como problema é um momento de um processo. De fato, o outro se fabrica. Esculpimos o outro traço por traço, num processo social e cotidiano: sobre a base da loucura, construímos dia a dia o louco; sobre a diferença de cor, fabricamos o negro; sobre a diferença de sexos, fazemos da mulher a costela complementar do homem; sobre a diferença de origem geográfica, convertemos o forasteiro (...) em estrangeiro (...). E assim, de cada um deles fazemos um estranho." (García:1998:24)

García (1998) aponta para uma cultura da diferença em que:

> "há um processo institucional e quotidiano de alterização no qual, rompida a comunicabilidade, escindindo o um do outro, a alteridade se torna substância definitiva e definidora do Outro." (García:1998:25)

Estamos assumindo, portanto, que a identidade e a alteridade são processos em contínua transformação. No entanto, concomitantemente, estão subjugadas às forças sistemáticas de um sistema homogeneizador.

É neste contexto paradoxal – jogo dos contrários - que buscamos localizar a possibilidade da crítica. Afinal o que é a crítica?

A questão da liberdade pode enriquecer nossa reflexão e, sabemos que esta não é uma discussão original, ao contrário, podemos localizá-la na história da filosofia quando esta se debruça sobre si mesma.

Kant (1784) reflete sobre o Iluminismo e seu caráter libertador e esclarecedor. Neste texto, Kant (1784) coloca que o Iluminismo, realmente representou uma saída de nossa situação de menoridade.

> "E por menoridade ele entende um certo estado de nossa vontade que nos faz aceitar a autoridade de algum outro para nos conduzir nos domínios em que convém fazer uso da razão (...). Em todo caso, a *Aufklarung* (o esclarecimento) é definida pela modificação da relação preexistente entre a vontade, a autoridade e o uso da razão." (Foucault:1984:337)

É imprescindível colocar que, para Kant, o Iluminismo não definiria uma época em que os homens estavam finalmente esclarecidos, mas sim que, neste período, haveria um processo de esclarecimento passível de se desenvolver.

"Ele descreve de fato a *Aufklãrung* como o momento em que a humanidade fará uso de sua própria razão, sem se submeter a nenhuma autoridade: ora é precisamente neste momento que a Crítica é necessária, já que ela tem o papel de definir as condições nas quais o uso da razão é legítimo para determinar o que se pode conhecer, o que se pode fazer e o que é permitido esperar. É um uso ilegítimo da razão que faz nascer, com a ilusão, o dogmatismo e a heteronomia: ao contrário, é quando o uso legítimo da razão foi claramente definido em seus princípios que sua autonomia pode ser assegurada." (Foucault:1984:340/341)

No entanto, o que ocorre segundo Foucault (1984), é que o próprio Iluminismo e sua promessa de esclarecimento acabam por fundar "uma certa maneira de filosofar" que, consequentemente, compõe o que o autor denomina de mito iluminista em que, a crítica se encerra dentro de um sistema fechado; o que foi denominado de razão instrumental pelos teóricos da Teoria Crítica. Esse sistema compor-se-ia não só da racionalização da racionalidade, como também das técnicas e mecanismos oriundos da mesma.

Estamos, portanto, tomando como crítica uma atitude que, definitivamente, transcende a reprodução das idéias disseminadas pelo sistema social, uma atitude que coloca em evidência os regimes e mecanismos que produzem as verdades. (Foucault)

A liberdade estaria vinculada a uma capacidade de leitura da arbitrariedade com que se funda o sistema hegemônico. A liberdade seria a possibilidade de relativizar a verdade, compreendendo que, nossa forma de pensar, está associada à institucionalização de regimes discursivos que tecem a dinâmica social.

"Mas, sobretudo, vê-se que o foco da crítica é essencialmente o feixe de relações que amarra um ao outro, ou um a dois outros, o poder, a verdade e o sujeito. E se a governamentalização é mesmo esse movimento pelo qual se tratasse na realidade mesma de uma prática social de sujeitar os indivíduos por mecanismos de poder que reclamam de uma verdade, pois bem, eu diria que a crítica é o movimento pelo qual o sujeito se dá o direito de interrogar a verdade sobre seus efeitos de poder e o poder sobre seus discursos de verdade; pois bem, a crítica será a arte da inservidão voluntária, aquela da indocilidade refletida. A crítica teria essencialmente por função o desassujeitamento no jogo do que se poderia chamar, em uma palavra, a política da verdade." (Foucault, 1990: 3)

Explicitado nosso referencial teórico, passemos a esclarecer o como fazer. Para interpretar o conteúdo das entrevistas realizadas com a comunidade do entorno das RTs estudadas, adotaremos a mesma classificação inicial que utilizamos no Capítulo 1.

Essa classificação conta com duas categorias de leitura: o que se mantém no sistema manicomial (sistêmica) e o que rompe com ele (anti-sistêmica).

No entanto, não exporemos essas categorias como grupos cindidos entre si, contrariamente, faremos a análise considerando as relações possíveis. A construção e aplicação das categorias também compõem a reflexão realizada.

Afim de, identificar os entrevistados, os sujeitos de pesquisa serão apresentados com o termo vizinho e um número que abrange o intervalo de 1 a 10. Por exemplo: vizinho (a) 7.

Em entrevista com a vizinha 1 colheu-se o seguinte relato:

"A gente tem que entender o lado deles. No fim você acaba achando engraçado. Porque você tem que respeitar eles, porque eles são engraçados. E eles são educados, com todos os problemas deles, eles são educados." (SIC: vizinha1)

Neste exemplo, encontramos uma proximidade possibilitada por um distanciamento, isto é, o louco não parece ser mais aquele que coloca o outro em perigo, contrariamente, é até possível dividir, espacialmente, uma vizinhança com ele. Ao mesmo tempo pode-se identificar um processo institucional de alterização (García,1998) na surpresa que, a vizinha 1 demonstra, ao relatar que eles são educados.

Posteriormente, a própria entrevistada (vizinha 1) nos fala da mudança ocorrida na concepção de que loucos são perigosos:

"Eu vou falar uma coisa pra você. Antigamente, quando a gente ouvia falar que o Cândido Ferreira tinha gente perigosa, a gente tinha medo, quando saia um, escapava né? Agora não, foi mudando as coisas, eles são pessoas que não metem medo em ninguém." (SIC: vizinha 1)

> "A armadilha histórica que aprisionou os insensatos e posteriormente os impediu de participar da vida social e, portanto, de exercer sua cidadania vincula-se ao pressuposto da periculosidade a eles aplicado. Esta questão fundamental está na raiz dos questionamentos levantados pela Psiquiatria Democrática. Procuraram equacionar de maneira diversa a relação loucura – periculosidade social, no sentido de buscar a afirmação dos direitos civis, sociais e políticos das pessoas que vinham internadas em instituições psiquiátricas." (Barros:1998:177)

Então, em nosso exemplo, parece que a associação entre o louco e o perigo está, realmente, se desfazendo e talvez, nesse sentido, poder-se-ia supor que a convivência com a loucura promove certa desmistificação dessa relação.

Sendo assim, encaixaríamos este exemplo em nossa categoria anti-sistêmica: já que ele se desenha como uma ruptura com o antigo pressuposto entre loucura e periculosidade, apontado por Barros (1998) acima.

Outro vizinho (3) nos fala da relação entre conviver e desmistificar certos pressupostos tidos como verdades sociais:

"Isso é aquela conversa antiga, porque antigamente o pessoal falava *aquilo ali é hospital de louco*. Então nós achava que se um louco escapasse de lá ele seria perigoso. Isso era conversa de antigamente. Depois a gente passou a ver esse pessoal brincando o

carnaval, a gente passou a ver eles nas ruas, brincando com as monitoras. Então é tudo normal.” (SIC: vizinho 3)

No entanto, qual o lugar que se desenha para esse “novo louco” que não é perigoso? Será que como diz o vizinho 3: “é tudo normal”?

O vizinho 4 conta de um dia em que um dos moradores da casa perdeu sua sacola com os documentos:

“Ele parou lá na ponte e ele acabou esquecendo a sacola encostadinha e, quando ele voltou, ele não achou mais nem a sacola, nem os documentos. Ele ficou com medo que os documentos dele estavam lá e que a polícia viria trás dele. E ele veio contar pra mim e eu disse: *C., não tem nada a ver.* Aí, levaram ele, ele tirou outros documentos certinho. Mas ele tava com aquilo na cabeça, que porque ele perdeu os documentos, ele seria procurado pela polícia. Não tem nada a ver. Então é umas coisas que você precisa responder direito pra eles.” (SIC: vizinho 4)

A afirmação “responder direito pra eles” (SIC: vizinho 4) talvez possa nos ajudar a começar a caracterizar esse lugar do que chamaremos de “novo louco”. Parece haver uma esfera específica de comunicabilidade em que, não se desenvolve uma conversa “normal”, há uma necessidade de compreensão no interlocutor, de compreensão do que é incompreensível do que “não tem nada a ver”. (SIC: vizinho 4).

“Às vezes é diferente, a gente tem que falar diferente com eles. Sabe o que muda? Se eles te falam alguma coisa errada, você não pode responder errado, tem que responder certo. Outro dia eu cheguei ali e o C. falou assim pra mim “*dona, eu to sem cigarro e vou receber tal dia, a senhora me arruma 1 real?* Eu disse “*arrumo, mas o senhor tá fumando?”*Ele fez cirurgia do coração 4 ou 5 safenas, *“o senhor tá fumando de novo?”“Tô mas é daquele mais fraquinho*”. Não adianta contrariar, emprestei 1 real, ele foi buscar o cigarro. O dia que ele recebeu, eu não tinha nem chegado em casa, ele me parou lá no portão pra entregar o 1 real; eles são muito direitos, têm muito compromisso. Ontem ele chegou pra mim, eu tava sentada aí, *“dona., eu não queria bater no portão da dona C. porque eu estou com os dedos doendo; a senhora entregaria essa calça pra ela que eu estou doando pra ela dar pra outra pessoa que precisa”*. Tudo bem. Do que que a mão estava doendo? Eu ia falar o que pra ele? *“Deixa aí que eu entrego”*. Dá a impressão de que é grave né? Não pode bater no portão porque a mão está doendo? Eu entendo ele, pra que eu vou discutir com o C.? Eu entrego a calça depois. Então são coisas que você fica surpresa.” (SIC: vizinha 8)

Chamemos de incongruência na comunicabilidade, esse primeiro aspecto qualificativo das relações entre vizinhos e usuários, o que os vizinhos 1, 4 e 8 deixam explícito em suas falas. Interessante que, o ilógico e o contraditório são, passivelmente, absorvidos mediante a noção de que é um louco.

Estamos, possivelmente, mediante a inculpabilidade do desarrazoado (Foucault, 2000), a irresponsabilidade (aceitável) pelas contradições na comunicação e nas ações. E, deste diálogo, derivam novas atitudes. O limite da comunicação apresenta ao louco seu novo/velho lugar: o da subjetividade sem enquadramentos sociais.

De um lado, o louco fala tentando ser determinado pela linha de força que determina a todos nós; do outro lado, o interlocutor reconhece a não determinação do outro, mas, só o faz, porque ele mesmo é determinado.

No entanto, a necessidade de uma estruturação paralela à habitual na comunicabilidade, parece fugir ou encaixar em ambas as categorias apresentadas e, optaremos não por, simplesmente, reformular as categorias, mas, por discutir, justamente e propositadamente, a dificuldade de limitar a análise ao positivo (sistêmico) e ou ao negativo (anti-sistêmico).

Em uma tentativa de ler a incongruência na comunicabilidade de forma sistêmica, diríamos que a necessidade de um viés incomum na comunicação poderia sugerir que há uma manutenção da diferenciação entre normalidade e loucura.

E, ainda nesta direção, analisando a qualidade deste viés na comunicabilidade em relação ao que apresentamos como atitude crítica, é possível dizer que, não aparece um movimento do sujeito interlocutor (os vizinhos 1, 4 e 8) em direção “ao direito de interrogar a verdade sobre seus efeitos de poder”. (Foucault,1990:3)

Isto é, parece que os vizinhos 1, 4 e 8 adotam um viés de comunicação que, tende muito mais ao âmbito da tolerância do que, à uma atitude de reflexão sobre os discursos de verdade (Foucault) que compõem o embrião desta relação comunicativa.

Estes são argumentos de uma leitura sistêmica deste exemplo, em que se mantém uma estrutura manicomial na relação estabelecida entre os vizinhos e os usuários.

No entanto, também podemos tecer argumentos que, construam a defesa de encaixar este exemplo na outra categoria: a anti-sistêmica, em que ocorre uma ruptura com os aspectos manicomiais.

Somente o fato de que os vizinhos 1, 4 e 8 se propõem ao diálogo com os usuários, pode ser compreendido como uma ruptura com a limitada possibilidade de

comunicação entre comunidade e usuários: conseqüência do antigo confinamento institucional que funcionava como divisor das águas entre loucura e normalidade.

A propensão dos vizinhos 1, 4 e 8 à criar uma forma de se comunicar, também pode ser entendida pela ótica da solidariedade, ao invés da tolerância, como no exemplo da categoria sistêmica. E, por este viés, representa um indicativo positivo na ruptura com a exclusão que era promovida pelo manicômio.

Dessa forma, é necessário inserir uma nova variável afim de, aprofundar nossa reflexão. Já citamos a questão da atitude crítica e, mesmo na leitura anti-sistêmica, é possível dizer que não há aparente reflexão sobre o processo de sujeição por que passam os entes sociais (todos: loucos e sãos).

Retomemos a citação de Basaglia (1982) acerca do potencial reflexivo da convivência com a loucura:

> "(...) pode ser um detonador muito importante para a tomada de consciência política da sociedade, porque tendo sido excluído e voltando a ser incluído, ele tende a ser o reflexo do significado da política da organização social em que vivemos. A pessoa excluída e marginalizada representa a lógica pela qual a organização social tem a gestão do poder e, através do exemplo da pessoa que se apresenta com alta, nós podemos encontrar elementos muito importantes para que a comunidade tome consciência de sua própria opressão".(Basaglia,1982: 30/31)

Se passarmos a considerar os conceitos de atitude crítica (Foucault, 1990) e o pressuposto de que a convivência com a loucura carrega o potencial de gerar uma tomada de consciência política do social (Basaglia, 1982), podemos transformar nossas categorias e compreender melhor nosso objeto de estudo.

Parece que a tentativa de análise do exemplo em questão, sugere que, não há relações, puramente, manicomiais ou, exclusivamente, anti-manicomiais.

Compreendemos que, as qualidades das relações que se estabelecem entre vizinhos e usuários, representam uma unidade de leitura em que, os conceitos supracitados, podem ser aplicados.

A soma desses novos conceitos à reflexão em desenvolvimento, nos permite uma investigação que caminha ao encontro do objetivo desta dissertação.

Apresentaremos outro exemplo que, se supõe análogo, aos já descritos:

"É um jeitinho, tudo no jeitinho. Só isso. Porque se é uma pessoa normal, você tem que responder normal, mas, pra eles não adianta, você tem que responder de um jeito diferente. Então a gente convive, eles não amolam ninguém. Estão lá dentro da casa deles..." (SIC: vizinha 5)

Identificamos, novamente, uma aproximação possibilitada por um distanciamento. Nesta fala da vizinha 5, fica evidente que há uma lógica, de interdependência, entre os dois movimentos.

O aspecto que, nos chama a atenção, neste relato, é o processo que, a entrevistada realiza, na tentativa de localizar aspectos subjetivos e objetivos que, delimitem o espaço do louco e do normal. Essa definição circunscreve os limites identitários entre o eu e o outro.

Discutimos, anteriormente, a qualidade da comunicação entre os usuários e os vizinhos, e notamos que, essa comunicação está intimamente entrelaçada com a identidade projetada na figura do louco.

A identidade do louco é qualificada, pela entrevistada, como diferente da identidade normal, o elemento de diferenciação é a comunicação (distanciamento).

Decorrente desta primeira constatação, a vizinha parece estruturar um "jeitinho" que, supõe suficiente, para estabelecer uma relação de convivência com o usuário (aproximação).

Poderíamos ler este exemplo como anti-sistêmico se focássemos, somente, o resultado do processo que, de uma maneira ou outra, é o estabelecimento da convivência com a loucura. No entanto, qual a qualidade dessa relação?

O conceito de atitude crítica pode iluminar a reflexão sobre algumas qualidades da relação em questão.

Parece-nos não haver reflexão, por parte da vizinha 5, sobre os processos que realiza: o primeiro, consiste em definir as diferenças identitárias entre loucos e normais.

A partir dessa cisão (já protegida por sua auto-exclusão da condição de louca), a entrevistada explicita alguns aspectos que, qualificam os mecanismos segregadores, não aparentes, na estética do discurso da vizinha 5, mas, enraizados nas associações de que faz uso para riscar o limite do entre: a fronteira.

O primeiro aspecto refere-se a uma atitude que, na verdade, é ausência da ação:

"(...) eles não amolam ninguém." (SIC: vizinha 5)

O segundo aspecto também compreende uma ausência, mas, neste caso, a ausência é do corpo físico:

"Estão lá dentro da casa deles..." (SIC: vizinha 5)

A escolha pelo viés da ausência, afim de, qualificar os dois aspectos em questão, pode ser interpretado como resultado de:

> “um processo institucional e quotidiano de alterização no qual, rompida a comunicabilidade, escindindo o um do outro, a alteridade se torna substância definitiva e definidora do Outro.” (García:1998:25)

O relato da vizinha 7 pode enriquecer nossa discussão sobre os atributos e juízos dispensados na definição da identidade do louco:

“Você já entrou lá? A casa deles é limpa. É engraçado que eles também vivem assim. Eles (a equipe do serviço de RTs) dão lazer pra eles, eles levam eles pra almoçar fora, fazem aniversário de cada um... Ontem foi aniversário de uma lá de baixo, ela é doidinha, doidinha, mas ela não faz nada pra ninguém. Ela morou aqui e ela apenas queria pedir a boneca, a revista... Depois ela joga tudo fora, depois ela pede de novo. Mas ela não fazia nada pra ninguém.” (SIC: vizinha 7)

Assim como no exemplo da vizinha 5, os atributos dispensados para compor a definição do louco são negativos. A vizinha 7 se surpreende porque a casa é limpa, no contra reflexo desta surpresa, vemos uma associação entre o louco e a falta de higiene.

Depois, a vizinha 7 acha engraçado que, os usuários, tenham momentos de lazer, no contra reflexo podemos ver a associação entre o louco e a falta de vida social.

Nos exemplos das vizinhas 5 e 7, a definição do louco pela negatividade/ ausência, parece corresponder à tendências interpretativas, que se restringem a um compartilhamento de representações e de ideologias.

Esse sistema de interpretação fornece, continuamente, explicações que, legitimam como única possibilidade de ser, a sujeição a um modelo centralizador identitário.

Neste modelo de identidade o louco, muito provavelmente, não encontra território e, sua explicação é a leitura da aplicação da forma da normalidade sobre o inexplicável. Transfiguração cujo resultado é uma definição fundada na leitura da ausência e do negativo.

A escolha pelo viés da ausência, afim de, definir o louco, pode ser interpretada como resultado de:

> “um processo institucional e quotidiano de alterização no qual, rompida a comunicabilidade, escindindo o um do outro, a alteridade se torna substância definitiva e definidora do Outro.” (García:1998:25)

Se, os processos associativos e interpretativos da realidade, realizados pelas vizinhas 5 e 7, estão no contexto apresentado acima, seria impossível o desenvolvimento de atitude crítica (como vimos no capítulo anterior).

Voltemos ao campo:

Quando ele morava aqui, que agora ele foi pra lá, a B. falou: "o seu A. tá precisando de cueca GG, mas é aquela samba-canção". Eu fui e trouxe cinco cuecas pra ele. Outro dia ele vestiu e veio aqui e falou: "dona (...) eu tô de cueca nova" e desceu a calça até o joelho pra mostrar pra mim; eu entendi. Ele achou lindo que ele estava de cueca nova. Uma pessoa abaixar a calça e mostrar a cueca pra você? Mas eu entendi o seu A. A gente conviveu com ele e sabe a simplicidade dele. Ele veio mostrar que ele estava de cueca nova, achei bonitinho. Se fosse uma pessoa na rua que eu não conhecesse eu ai achar né? Mas a gente já conhece e sabe o que está acontecendo." (SIC:Vizinha 9)

Neste exemplo, o louco, definitivamente, está de roupa nova. Em seu novo figurino ele veste: simplicidade, desajustamento social aceitável e cuecas novas que, só pode mostrar em público, porque é um louco (mesmo que de roupas novas).

"São três, é um moreninho, um altão e o P, andam os três juntos. O moreninho eu acho muito simpático, ele fala oi, bom dia, ele não me faz nada, nem o altão que, veio uma vez aqui fazer barba. Ele veio, pediu pra fazer barba e o Iv. fez pra ele, porque eu fiquei com medo e coloquei o Iv. pra fazer. Eu fiquei com medo, mas ele nunca me fez nada. Ele é bonzinho, fala oi, tudo." (SIC: vizinha 2)

A vizinha 2[19] atribui mais qualidades ao "novo louco": simpatia, educação e bondade. No entanto, tem medo de barbear o louco (mesmo que de roupas novas).

"Antes a gente via mais deles que falavam besteira, agora mais pra cá desses anos que passaram, eu não estou vendo mais. É igual a conversar com uma criança, eu acho. É diferente. Tem que ter um jeitinho especial pra lidar com eles, pra eles não ficarem agressivos, né?" (SIC: vizinha 2)

Tanto nos exemplos anteriores, em que, a identidade do louco é definida por um processo de alterização, quanto nestes três exemplos em que, lhe emprestam uma nova roupagem, as relações que se estabelecem são acríticas.

[19] funcionária de um salão de beleza que, atende os moradores da RT estudada.

Concluindo as reflexões deste capítulo, podemos dizer que a ausência da crítica nas relações estabelecidas, no contexto da convivência com a loucura, parece por em cheque o pressuposto basagliano que orienta nossa reflexão. Retomemos, para Basaglia (1982), a convivência com a loucura:

> "pode ser um detonador muito importante para a tomada de consciência política da sociedade, porque tendo sido excluído e voltando a ser incluído, ele tende a ser o reflexo do significado da política da organização social em que vivemos. A pessoa excluída e marginalizada representa a lógica pela qual a organização social tem a gestão do poder e, através do exemplo da pessoa que se apresenta com alta, nós podemos encontrar elementos muito importantes para que a comunidade tome consciência de sua própria opressão".(Basaglia,1982: 30/31)

Se, nesta premissa, Basaglia (1982) aponta a crítica como resultado do encontro entre a comunidade e o louco, parece-nos que, em nossa reflexão, a crítica pode ser entendida como uma condição anterior parao desenvolvimento da capacidade de refletir sobre as qualidades das relações que se estabelecem.

Supor que exista uma única direção (vértice) na relação de construção entre convivência com a loucura e atitude crítica seria um raciocínio reducionista. No entanto, supor que, somente o exemplo do louco na comunidade, é suficiente para atingir a crítica, também parece provocar uma ilusão de automatismo causualístico nas relações entre os dois conceitos.

Parece-nos necessário compreender que a convivência com a loucura e a possibilidade da construção da crítica são processos que se relacionam dialéticamente. E que, estrategicamente, os Serviços de Saúde Mental, não devem apoiar-se na esperança do mágico advento da consciência político social crítica, mas sim buscar desenvolver meios em que, essa relação produtiva de um Bem Comum se estabeleça.

Conclusões (?)

Podemos dizer que, grande parte dos obstáculos, identificados nesta dissertação, para o desenvolvimento do Projeto Antimanicomial, localizam-se, em nossos exemplos, no conjunto de atitudes que, interpretamos como parte das conseqüências de:

> "uma forma de racionalização que, escamoteando a racionalidade, gera e propaga alienação, pois impede o conhecimento do fundamento da produção simbólica organizadora da cultura." (Tassara e Ardans, 2003)

No contexto da "ideologia totalitária" (Adorno:1996), a forma explica qualquer conteúdo, portanto, o sistema de interpretação do mundo é vazio, mas não deixa lacunas para a possibilidade da crítica. Dessa forma, o contato do sujeito com o mundo, é acrítico e alienado. Se tudo já está explicado, o questionamento se torna inútil.

A ausência da crítica representa um dos aspectos, interpretados como sistêmicos, que dificultam a ruptura com a cultura manicomial.

No primeiro capítulo, refletimos sobre como a ausência da crítica dificulta o desenvolvimento das estratégias de gestão do cotidiano e de matriciamento.

No segundo capítulo, a ausência da crítica nas relações estabelecidas, no contexto da convivência com a loucura, nos apresenta uma via paralela entre a relação que definiríamos como manicomial, e as relações que comporiam o universo da ruptura com o manicomial.

Esta via paralela está representada por um novo jeito de ver (imagético) o louco, mas que, não rompe com o velho repertório conceitual que o define. A atitude crítica parece ausente nesta via paralela que, compreende: um viés comunicativo adaptado ao "ilógico" discurso do louco e uma projeção de identidade que, coloca o louco em uma nova roupagem sobre o mesmo corpo conceitual doente.

As dinãmicas que se estabelecem nas dimensões comunicativas e identitárias parecem se referir, ainda, à um arcabouço de registros explicativos de que fazemos uso na tentativa de definir e interpretar a realidade.

Esse contexto é exemplo da ortodoxia do pensamento contemporâneo, em que a produção de conhecimento e a possibilidade crítica, se encerram em um sistema endêmico de verdades teóricas, aparentemente, imutáveis; e que, tende a regular o processo de construção de conhecimento, em suas dimensões de forma e conteúdo.

Na dimensão da prática, estes sistemas de interpretação do mundo, se desdobram em um processo que, chamaremos de institucionalização da vida e que, tende a regular os conjuntos de atitudes possíveis.

As possibilidades de pensar e agir estão, portanto, descoladas do sujeito. O sujeito do conhecimento e da ação foi aprisionado pelos limites invisíveis dos poderes que regulam a sociabilidade.

"O inimigo que se combate é o inimigo que já está derrotado, o sujeito pensante." (Adorno e Horkheimer, 1985, p.140)

Resta-nos essa possibilidade identitária que, é alvo de projeções de significados mágicos e sedutores, afim de, transfigurar os restos de nós em uma imagem agradável que, nos mantenha, em saboroso delírio estratégico.

"Mas a adaptação é, de modo imediato, o esquema da dominação progressiva." (Adorno, 1996,p.391)

Enquanto habitamos a dimensão onírica que nos foi, gentilmente, ofertada; as forças sistemáticas continuam desenvolvendo estratégias como: o consenso ideológico dos dominados e a dócil sujeição, na intenção de manter seu projeto de colonização do futuro.

"Além de, feitiços menores, dos bruxos da aldeia, há grandes sessões de enfeitiçamento global, das quais, participa, periodicamente, a consciência em pânico.

Assim, por ocasião de uma guerra, de uma revolução, de um transtorno social ainda latente, a consciência coletiva é interrogada e se questiona para emitir um julgamento (...).

Então, estranhas forças são despertadas e levadas à abóbada celeste, a essa espécie de cúpula sombria que, sobre a respiração da humanidade, constitui a venenosa hostilidade do espírito maligno da maioria das pessoas.

É assim que, as pessoas lúcidas e de boa vontade que se debatem na terra, já se viram, tragadas pela profundeza de autênticos pesadelos em vigília e rodeadas por uma poderosa sucção, magia cívica que logo será vista aparecendo nos costumes de modo mais manifesto." (Antonin Artaud)

Concluindo essa dissertação, podemos dizer que, compreendemos que o desenvolvimento do Projeto Antimanicomial atua, justamente, neste contexto explicitado e que, prescinde de uma capacidade critica da sociedade ao mesmo tempo em que, é potencialmente capaz, de contribuir na construção desta atitude crítica.

Esse contexto à que nos referimos, pode ser definido como:

"Uma crise política da razão frente à não explicação da natureza social da natureza e de suas implicações sobre o conhecimento e suas relações com a sociedade e o futuro." Tassara, 2006

Então, a criação de espaços que promovam a capacidade crítica do sujeito, parece ser estratégia facilitadora (senão, essencial) no desenvolvimento dos pressupostos de desinstitucionalização e ressocialização. Esses espaços, como já colocado:

> "deveriam se tornar geratrizes de instâncias de reflexividade e, através da abertura dos referidos espaços de locução, promover a consciência crítica, lançando as bases para uma retomada transfigurada do político, em suas verdadeiras e legítimas dimensões utópicas. Seria assim projetada, para elas, a função de vir a se constituir em elementos poderosos para a criação de um homem planetário, restaurando o fio de ligação utópica com o futuro e apoiando - se sobre uma prospectiva de produção de uma densa compactação de programas de cooperação e solidariedade". (Tassara,1999: 22)

E, que sendo assim, é impossível dissociar o desenvolvimento das estratégias do Projeto Antimanicomial de uma intenção de transformação psico-sócio-cultural, que encontra eco na Teoria Crítica e na Utopia Humanista.

> "Cabe-nos (...) identificar as novas roupagens pelas quais os mecanismos segregadores se apresentam." (Fernandes,1999: 97)

É, necessário, portanto que O Projeto Antimanicomial crie estratégias que possam identificar esses mecanismos segregadores. Essa dissertação espera ter contribuído com a identificação de aspectos sistêmicos e anti-sistêmicos que ocupam o espaço da transformação à que o projeto se propõe.

Finalizamos, trazendo, mais uma vez, a definição de crítica que utilizamos:

> "(...) a **crítica** será **a arte da inservidão voluntária**, aquela da **indocilidade refletida.** A crítica teria essencialmente por função o **desassujeitamento** no jogo do que se poderia chamar, em uma palavra, **a política da verdade**." (Foucault, 1990: 3)

Referências Bibliográficas:

- Amarante, P. **Loucos pela Vida. A Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**.Ed. Fiocruz. Rio de Janeiro.1998.

- Adorno, W. T. e Horkheimer, M. A Indústria Cultural in **Dialética do Esclarecimento**. Jorge Zahar Editor. Rio de Janeiro. 1944.

- Adorno, W. T. Teoria de la pseudocultura in Escritos sociológicos I. Obra completa, 8. Ediciones Akal. Madri. 2004

- Barros, D. D. Cidadania versus periculosidade social: a desinstitucionalização como desconstrução de um saber in Amarante, P. (org) **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica.** Ed. Fiocruz. Rio de Janeiro. 1994

- Basaglia, F. **A Instituição Negada. Relato de um Hospital Psiquiátrico**. Ed. Graal. Rio de Janeiro.1985.

- Basaglia, F.A. **Psiquiatria Alternativa. Contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática.** Ed. Brasil Debates. São Paulo. 1982.

- Chauí, M. **O que é Ideologia**. Ed. Brasiliense, São Paulo. 1983. (13.ed)

- Chauí, M. **Repressão Sexual**. Ed. Brasiliense, 6 Ed.São Paulo, 1984.

- Costa, J.F. **História da Psiquiatria no Brasil. Um Corte Ideológico**. Ed. Xenon. Rio de Janeiro.1989.

- Costa, J. e Birman, J. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária in Amarante, P. (org) **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Ed. Fiocruz. Rio de Janeiro. 1994

- Cunha, M. C. P. **O Espelho do Mundo. Juquery, A História de um Asilo**. Ed. Paz e Terra. Rio de Janeiro. 1988.

- Durkhein, E. **As Regras do Método Sociológico**. Ed. Martins, São Paulo, 1999.

- Fernandes, A.I.M. **Saúde Mental: a clausura de um conceito** in Revista USP. N.43.1999

- Foucault, M. **História da loucura na Idade Clássica**, ed. Perspectiva. São Paulo. 2000.

- Foucault, M. **Qu'est-ce que la critique?** Critique et *Aufklãrung. Bulletin de la Société française de philosophie*, Vol.82, n 2, pp 35-63, avr/juin 1990 (Conferência proferida em 27 de maio de 1978). Tradução de Gabriela Lafetá Borges e revisão de Wanderson Flor do Nascimento.

- Foucault, M. "What is Enligthenment?" ("O Que São as Luzes") in Rabinow (P.).ed.The Foucault reader, Nova Iorque, Pantheon Books, 1984, pg 32-50.

- Foucault, M. **Microfísica do Poder**. Ed. Graal. 1981

- Freud, S. **O Mal Estar na Civilização**.ed. Imago. 1997

- García, R. A Propósito do outro: a loucura, in Larossa, j. e Lara, P. N. (org) **Imagens do Outro**. Editora Vozes. Petrópolis.1998

- Habermas, J. **The theory of comunicative action**. Volume II: Lifeword and System: a critique of functionalist reason. Boston: Beacon Press, 1987.

- Lancetti, A. **Saúde e Loucura. Saúde Mental e Saúde da Família**. No. 7. Ed Hucitec.2001.

- Lins, I. ª e Luz, R. D. Winnicott. Experiência clínica e experiência estética. Rio de Janeiro, Revinter, 1918, Revista Veja. 24 de setembro de 1988.

- Marcuse, H. **Eros e Civilização: Uma Interpretação Filosófica do Pensamento de Freud**. 8º. Ed. Guanabara Koggan. 1981.

- Mezan, R. Conferências. Subjetividades Contemporâneas? In **Subjetividades Contemporâneas.** Ano 1, no. 1. Instituto Sedes Sapientiae, São Paulo. 1997.

- Micela, R. **Antropologia e Psicanálise: Uma introdução à produção simbólica, ao imaginário, à subjetividade**. São Paulo. Brasiliense. 1984.

- Santos, S.N.; Almeida, F.P.; Venâncio, T.A; Delgado, G.P. A Autonomia do Sujeito Psicótico in **Psicologia: Ciência e Profissão**, n.4. Brasília.2000.

- Saraceno, B. **Libertando Identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível.** Instituto Franco Basaglia. Te Corá Editora. Rio de Janeiro.1999.

- Sawaya, B. As Artimanhas da Exclusão in **Análise psicossocial e ética da desigualdade social.** Ed. Vozes. Petrópolis. 1999.

- TASSARA, Eda T. de O. (2006) A Psicologia Social e o Enfrentamento da Crise Ambiental. Texto apresentado em Prova de Erudição para a obtenção de título de Professora Titular junto ao Departamento de Psicologia Social e do Trabalho do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

- Tassara,E.T.O. Cap: Utopia e Anti- Utopia: o ressuscitar da história. Em Souza, L. Freitas, Q. F. M. (org) **Psicologia: Reflexões Impertinentes**. Ed: Casa do Psicólogo, 1998. pg 13 – 25.

Outras referências:

* site: http://portal.saude.gov.br, portaria GM, no. 106 de 11 de fevereiro de 2006, entrada dia 8/01/2007

* material cedido pelo Serviço de Saúde Mental Dr. Cândido Ferreira no decorrer do Curso de Inverno intitulado “Saúde Mental: o cotidiano do cuidado”, realizado em julho de 2006, sob responsabilidade instituição supracitada.

Anexo 1

LEI N° 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001

Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1° Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2° Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Art. 3° É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a

assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1° O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2° O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3° É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2° e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2° .

Art. 5° O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art. 6° A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 7° A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 8° A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1° A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2° O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou

responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9° A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 10. Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Art. 11. Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Art. 12. O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

Art. 13. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 6 de abril de 2001; 180° da Independência e 113°

da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

José Gregori

José Serra

Anexo 2

1- Consentimento livre e esclarecido:

Apresentação:

A presente pesquisa intenciona refletir sobre a convivência entre a loucura e a normalidade. Para tal realizará entrevistas com trabalhadores na área de saúde mental e com pessoas de comunidades que receberam Centros de Atenção Psicossocial, Lares Abrigados e ou outros equipamentos que aproximam os usuários de saúde mental das pessoas ditas normais.

Esta é uma pesquisa de mestrado, desenvolvida por Amanda Fernandes, psicóloga, especializada em Saúde Coletiva, e orientada pela Prf. Dra. Eda Terezinha de Oliveira Tassara, do departamento de Psicologia Social e do Trabalho do Instituto de Psicologia da USP.

Dados da Pesquisadora:
Amanda Fernandes
RG: 23331680-2 / CPF: 266 458 268- 26 / CRP: 06 57502-6
Rua Dr. Franco da Rocha, 661 casa 5. Perdizes. CEP: 05015-040. São Paulo.SP
e-mail: amandafe@uninet.com.br
tel: 11 – 21570704

Dados da Instituição:
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo – USP
Departamento de Psicologia Social e do Trabalho
Avenida Professor Mello Moraes, 1721. CEP: 005508-030- Cidade Universitária
www.usp.br/ ip
Tel: 11- 30914457 e 11- 30914184

Procedimentos:

Serão realizadas entrevistas semi-estruturadas em que o entrevistado esteja espontâneamente colaborando e aos quais será garantido o direito de sigilo de seus nomes.

A entrevista será gravada em fita cassete e somente a pesquisadora terá acesso as gravações. As informações serão divulgadas, mantendo o total sigilo sobre os informantes.

Dessa forma é garantido ao entrevistado:

1- Sigilo sobre os dados de identificação.
2- Participação voluntária, sem penalidade alguma aos que não se dispuserem à colaborar e ou decidirem pela não divulgação das informações cedidas (até o fechamento da pesquisa).

Publicação:

A pesquisa será publicada em revistas científicas da área do estudo, garantindo todos os direitos citados acima.

Modelo de Consentimento Livre e Esclarecido:

Atesto(a) que fui informado(a) sobre os motivos, objetivos e procedimentos da pesquisa intitulada: O Projeto Antimanicomial e a Transformação do Imaginário Social da Loucura, desenvolvida por Amanda Fernandes e sob a responsabilidade da Prf. Dra. Eda Tassara do Instituto de Psicologia da USP- Departamento de Psicologia Social e do Trabalho e, espontaneamente, concordei em participar.

Ainda que me foi garantido o anonimato em minhas declarações, bem como o direito de não participar ou retirar-me da pesquisa sem penalidade alguma e sem prejuízo às garantias oferecidas.

Local e data:

Nome do entrevistado:

Assinatura:

Quaisquer esclarecimentos favor contactar Eda Tassara e ou Amanda Fernandes.

Eda Tassara: e-mail: lapsi@usp.br , Tel:11-30915024 ou 11- 30915089

Amanda Fernandes: e-mail: amandafe@uninet.com.br , Tel: 11- 21570704.

_____

Amanda Fernandes

Anexo 3 – Transcrição da entrevista realizada com a Coordenadora do Serviço de Residências Terapêuticas :

Pesquisadora (P) – Entrevista com A .P., que é T.O. A. P, fala um pouquinho da sua profissão.

A. P– Então, atualmente, eu estou na coordenação do CAPS. Não todos do Cândido, mas parte do projeto. São moradias. A gente acaba chamando de moradia. São serviços residenciais que estão vinculados ao CAPS sul, estação e leste. E essas moradias, elas estão nessas regiões. É mais ou menos, porque a região sul está concentrada todos os serviços residenciais que são referenciados pelo CAPS sul (também) e todos os referenciados pelo CAPS estação.

P – Isso é lá na Abolição? Perto do Extra Abolição?

A. P – É, lá perto do Extra Abolição. Isso

P– Tá.

A. P - E aí atualmente, a instituição... E tem as da região leste que estão aqui em Souzas. Então, a gente tem alguns problemas. Essa concentração da região sul, e sendo referenciados por dois CAPS distintos e de regiões distintas, e a do leste que está longe do CAPS, que é aqui em Souzas e o CAPS fica lá no Taquaral. Então é uma coisa física, de distanciamento da equipe.

P – Entendi. Mas essas da região sul, os CAPS estão próximos?

A. P. – Não, o CAPS sim, não é tão próximo, mas é bem próximo. Diferente do Estação que está no centro da cidade. Fica bem no centro, então também tem esse problema.

P – Ta.

A. P – Aí atualmente, a gente vem trabalhando, e aí por isso essa minha função, além de pensar uma clínica pro serviços residenciais, mais em conjunto assim com a instituição, porque acabava cada equipe fazendo de um jeito. Claro né, com os princípios básicos da reinserção social mas acaba tudo muito perdido, não tinha um encontro, até porque a realidade do CAPS é outra tinha uma queixa das equipes de moradia, das pessoas que cuidavam da moradia, que era muito solitário o trabalho... E aí surgiu esse meu lugar pra de fato articular essas equipes, pensar a clínica e pensar como que a gente ia operacionar mesmo, operacionalizar o dia-a-dia dessas moradias e institucionalmente qual o desenho que a gente ia dar. Então eu entro nesse lugar. Você quer que eu explique como era antes disso tudo que eu falei?

P– Eu quero que você me fale um pouquinho disso.

A. P – Os CAPS, eles são divididos, a equipe é dividida, em equipes de referência e aí toda equipe de referência ela era responsável por um número de serviço residencial.

P – Quer dizer, além do projeto terapêutico individual, ela também tinha que dar conta de alguns residentes?

A. P – Isso. E aí, às vezes esses residentes também estavam vinculados ao CAPS, do ponto de vista de cuidado que o CAPS pode oferecer. Então tinha uma bagunça geral. Tinha questões de todos os tamanhos, tanto de que assim "poxa, mas eu sou a referência dele aqui no CAPS, e em alguns momentos sou eu que ofereço uma escuta individualizada, aí eu tenho que vestir uma outra roupinha e ir na casa dele e ajudar a pensar como que ele vai limpar o banheiro, como que ele vai usar a grana dele, como que ele vai..." enfim. Que pra alguns, isso era muito legal, fazia parte do projeto terapêutico dele e do CAPS, pensar a casa dele como qualquer outro usuário do CAPS. Mas pra maioria, isso não funcionava, porque virava um nó na cabeça, tanto deles como da nossa.

P- Que era a identidade de quem cuidava? Você acha que virava um nó por que ficava com uma dupla função?

A. P – Não, era pros dois. Porque assim, eles iam pro atendimento individual pra cuidar dessas questões psíquicas e aí entendia que abria espaço pra falar de que tá precisando de uma empregada doméstica, mas não no sentido de ter uma empregada doméstica, o que isso significa para a vida dele... Sabe isso que o atendimento individual tenta resgatar pra poder entender a dinâmica psíquica? Era de ordem prática, né. Às vezes, por questões assim financeiras, chegava pro atendimento individual e ai falava assim "eu vim só buscar o dinheiro pra pagar a fruta da semana".

P – Entendi. A coisa fica confusa.

A. P – Confusa. E ai confundia todo mundo mesmo, porque a gente que, no lugar de terapeuta, lógico que você é terapeuta na casa também, mas nesse mais formal, vamos chamar assim, você falava "por onde?" Por mais que tenha uma questão em "buscar o dinheiro comigo", tem uma coisa muito concreta que é de fato buscar o dinheiro comigo. E a gente tentava trabalhar "olha, quando você vai ao CAPS, é um atendimento individual pra você falar das suas coisas" aí chegava na casa também é pra falar das suas coisas. E fora o tanto de situações que a gente se viu é, deixa eu achar uma palavra, não é descuidando mas achando que pelo fato de estar numa casa, protegido e com uma estrutura montada, a gente podia às vezes, por exemplo, no horário que estava

combinado de vir pra moradia, ficar no CAPS porque o CAPS estava pegando fogo e aí recombinava um outro horário pra vir.

P - A moradia ficava meio secundarizada porque também é tempo e atividade.

A. P – Exatamente. E a í a gente começou, a instituição como um todo começou a reclamar disso, reclamar no sentido “vamos construir outra coisa, por que desse jeito não dá, não dá pra ser assim, a gente entende que não é disputa entre a clínica do CAPS e a clínica da moradia, a duas têm a sua importância, ficar tudo num mesmo nível pra dentro do CAPS, não dá”. Então foi quando a gente começou a experimentar as equipes de referências só para a moradia então os três CAPS, o leste, o sul e o estação têm uma equipe só para serviço residencial.

P - Embora ela esteja vinculada ao CAPS, ela é exclusiva da moradia.

A. P – É. E ai eu tô nessa condição de articular as três equipes. Quando a gente começou a experimentar, muita coisa melhorou, assim, a gente faz uma avaliação institucional, assim, as equipes que trabalhavam, que puderam participar, a gente teve um momento de sentar com as equipes do CAPS pra poder ouvir um pouco e, assim tanto do ponto de vista do trabalho, mas principalmente do ponto de vista da qualidade de vida dos moradores, teve um salto. Bastante alto até, hoje eles estão em outra condição mesmo.

P – O que você diria que mudou? Quando você fala em qualidade de vida?

A. P – Eles estão podendo desejar e aí quando se deseja... Por que o que que acontecia antes? Era essa coisa operacional, né. Hoje a gente entende que é uma gestão do cotidiano, não é só operacional.Quando a gente faz a gestão do cotidiano, se você não estimula desejar, é mais fácil contratar uma empregada doméstica...Eles têm empregada doméstica contratada, mas assim... Foi o trabalho deles poderem dizer “olha, não dou conta de varrer, não dou conta mais de lavar...” Ou assim, da gente poder de fato perceber, sem falar, porque tem alguns que não conseguem mesmo, estão numa condição já de envelhecimento e mesmo da degradação mesmo, por conta da própria doença, mas assim, dar oportunidade disso ser visto de outra forma e dizer de fato “o sujeito não consegue dizer nem mais o que ele quer”. Mas diferente de quando a gente só ia e passava e falava “ai, fulano é tão quieto, a gente não consegue nem mais saber qual a estruturação do delírio dele; por que chega lá e é tanta demanda...” Hoje em dia, sabe, consegue olhar pros moradores com outros olhos né. E aí, na gestão mesmo do cotidiano, o que melhorou, foi qualidade de vida, porque eles estão podendo desejar,

assim, a condição da casa, a casa tá mais limpa, a casa tá mais organizada, a alimentação tá mais equilibrada, a relação com o centro de saúde, com a comunidade...

P – Então, deixa eu entender, essa equipe então faz o que você chamou de gestão do cotidiano? E a parte clínica? Essa parte da parte clínica, a gestão do cotidiano já envolve isso?

A. P – Envolve. Mas assim, a gente tem que encaminhar. O que a gente faz é escutar, tenta manejar o suficiente pra tentar dar uma acalmada em algumas situações, mas é o momento de avaliação pra saber se essa pessoa tá ou não necessitada de ir pra um CAPS e ser vinculado lá. É bom lembrar que assim, a população do Cândido dessas três regiões, são pessoas que moravam aqui na instituição, são pessoas que vieram de outros lugares, não têm esse grau de autonomia que a gente espera, que a lei espera que eles tenham. Não têm, são pessoas envelhecidas, que perderam as habilidades por conta do confinamento, que hoje a gente trabalha, conseguiu resgatar algumas coisas, outras não foram possíveis, mas estabilizaram. Hoje tem um grupo muito, mas muito pequeno com grande autonomia. Se a gente tiver uns vinte, é um número que eu estou chutando bem alto.

P – Quantas residências tem agora?

A. P – São vinte e seis. Dessas regiões que eu estou te falando. No Cândido todo tem vinte e cinco. O Cândido todo tem trinta e uma.

P – Quando você diz “o Cândido todo”, é porque tem algumas que são...

A. P – Vinculadas ao núcleo clínico.

P – Deste núcleo clínico?

A. P – É, daqui.

P - E aí essas pessoas que você diria mais crônicas, com maior dificuldade ou não?

A. P – É, tem que ter a questão clínica física né; clínica do ponto de vista físico. Doenças clínicas mesmo.

P – Que é do núcleo clínico?

A. P – É. Não que a gente não tenha, a gente tem, mas não com o grau de debilidade que tem o núcleo clínico.

P – É, quando eu fui na supervisão, naquela que o R. deu, eu percebi que existia, pelo menos nos casos que foram trazidos pelos CAPS, que existia muito uma relação grande entre uma psicopatologia e uma coisa que era já de uma idade avançada. Eu vi que isso pega mesmo nas residências, parece que tem bastante gente que é idosa e que têm dificuldades de idoso, que não sabe se esclerosou ou se psicotizou. Tem uma...

A. P – É exatamente isso. Nós estamos vivenciando exatamente essas questões, assim, que a gente sabe que tem coisas da psicose, mas que tá aparecendo toda a dificuldade de um idoso que tem uma vida parecida ou sofrida tanto quanto e que, aparece, porque é condição de vida... A gente tem alguns casos que a gente sabe que se tivesse se cuidado de outra forma há anos atrás não estariam na situação que eles estão. E são pessoas que de alguma forma foram abandonadas pelo sistema, pela suas famílias e que aí agora a gente tá sabendo como é isso e tá tentando lidar. Mas é bom marcar isso por que tem uma diferença né, do que se propõe e da lei e da realidade; então a gente tem casa que precisa ter 24 horas de atenção do ponto de vista de gente da saúde mental e gente que tem qualificação pra cuidar dessa coisa clínica.

P – Quantas casas tem que são 24 horas?

A. P – Três.

P – Três casas?

A. P – São três 24, e 12 horas são 4. E assim, é muito pautado no projeto terapêutico individual e da casa então tem casa aí, a 24 horas, por exemplo, que é o que eu te falei agora, tem intensidade psíquica, que precisa de muito manejo e tem casa que não, que tem uma intensidade psíquica, mas que o manejo é ali, sabe assim, você não precisa estar em cima, o tempo todo, ajudando a pensar, né, assim, fazendo hipótese do que está acontecendo, pra poder manejar... Não, é mais tranqüila, mas precisa de uma atenção; se não tiver ninguém na casa, vai botar fogo, vai cair, vai se machucar, e o outro não vai conseguir pegar o telefone, ligar...

P – Essas são as de 12?

A. P – Tem uma de 24 que é assim também, né. Mas e aí, tem casa de 12 horas que é 12 horas, mas é com empregada doméstica e aí quer a presença, a companhia, a organização da higiene, da casa, não é nem deles. E aí tem a equipe, geralmente as empregadas domésticas são contratadas por eles, com o dinheiro deles.

P – Com o dinheiro deles? Quer dizer, ganhou daqui?

A. P – É que eles recebem do Estado. Tanto do Programa de Volta pra Casa, que é um programa do Lula e do BPC, que é Benefício de Prestação Continuada do INSS.

P – Tá. Que é por invalidez.

A. P – É, não é um... Porque eles precisam fazer perícia... Não é uma aposentadoria, é um benefício. Então eles recebem esses dois.

P – Como é que são essas empregadas domésticas? Me conta como é que é, porque eu imagino, será que toda empregada doméstica topa? Como é que vocês fazem esse

contato? O que é dito pra figura?

A. P – Esta figura ... depende muito. Porque assim, esse é o nosso nó das empregadas domésticas. Por que ela não é funcionária da instituição, mas trabalha num serviço que faz parte dessa instituição, e é de alguma forma, gerenciada pela instituição. Por que as casas, mesmo as que não têm tanta autonomia, os moradores não têm muita autonomia, eles estão ali, eles denunciam, quando elas roubam, quando elas maltratam, porque isso acontece, mas eles não conseguem, na maioria das vezes, intervir no ato. Então assim, vê que está levando o arroz embora e falar "você não vai levar; você pediu pra alguém pra levar?" A denúncia, quando falam que eles denunciam, vem pela agitação, pela crise... que daí a gente começa a achar que tem alguma coisa esquisita.

P – E aí o serviço chama essa figura...

A. P – É. E quando não é pela crise, eles dizem, mas aí depois eles não dizem mais. Então é toda uma investigação, meio que com muito cuidado, por que a gente não sabe com quem que está lidando; é, não sabe mesmo, porque, querendo ou não, dentro da instituição, a gente também não sabe com quem nós estamos lidando, cada um com o outro, qualquer um aqui dentro, mas a instituição, ela respalda isso. Se eu tiver um colega de trabalho que tá roubando, se eu denunciar pro superintendente, a instituição vai assumir a responsabilidade no sentido "se essa nega começar a me ameaçar, se me acontece alguma coisa durante o trabalho..." diferente das empregadas domésticas. E como os moradores, eles têm muito medo de contar e aí elas, porque eles estão num processo de entender o que é morar apesar de ter 15 anos de moradia no Cândido, muitos ainda tão tendo que se responsabilizar agora né. A maioria talvez não, já aprendeu, já sabe, já entende que aquilo é a casa deles, que eles tem o direito de dizer o que quer e o que não quer, mas muitos não. E aí eles têm medo de sofrer os mesmos maus tratos de há 15, 20 anos atrás. Então eles acham que as empregadas vão bater, vão deixar eles trancados...

P – Você acha então que é mais complicada a relação deles com elas do que delas com eles? Você ta me contando assim, da crítica, do problema que vem delas perceberem que eles são mais frágeis e abusarem um pouco do ambiente.

A.P – Exatamente. É. Não são todas. Em compensação, a gente tem a grande maioria de pessoas muito implicadas, muito cuidadosas, que respeitam, que cuidam e entendem que estão ali como empregadas domésticas, que elas não são nossas colegas de trabalho no sentido da instituição, mas são sim pessoas que como a gente, estão lá pra cuidar, que elas podem procurar... Mas a gente já passou por essas situações e, semana passada,

uma foi demitida por conta disso, assim, ela comprou uma coisa com o dinheiro dela, já tinha vindo essa história, eles começaram a se estranhar dentro da casa, aí dizia que uma tinha pego a saia da outra, e aí a mais compensada da casa conseguiu dizer pra mim que as saias delas estavam sumindo e que ela viu sim a empregada com uma roupa dela. Mas assim, eu tive que manejar, ou dizer pra ela que ela era a patroa também, que eu tava entendendo o que ela tava dizendo, mas que a gente tinha que ir com cuidado porque não é tão simples acusar uma pessoa... Fui manejando por que, na nossa casa, se um filho seu chega e fala isso, ou você saca isso, você manda a nega embora e acabou.

P – Você acredita num primeiro momento.

A. P – É. Não é que acredita, é porque, é por isso que eu te falei que tudo o que a gente faz ta muito pautado num projeto terapêutico individual de cada morador, ou mesmo da casa. Essa que está um pouco mais preservada, ela tem uma história, ela morava na rua, em todos os lugares que ela passou de instituição, ela sempre trouxe isso: que as pessoas roubavam que as pessoas pegavam as coisas dela...

P – Ela já tinha isso?

A. P – É. Então eu não podia ali na hora falar, “não, tem como resolver essa situação”, porque já tinha essa história e aí a gente tem que investigar; porque senão, é um processo. E ajudar ela a pensar na responsabilidade que ela tem de acusar; e ao mesmo tempo trazer isso pra ela de que “olha fulana, todos os lugares que você passou tiveram pessoas que te levaram coisas embora...” quando você me pergunta se são terapeutas na casa né. Então eu entrei com toda certeza, não vou tratar disso mas cuido disso naquele momento pra encaminhar. Então eu retomei a história dela pra que ela se responsabilizasse no sentido de que isso já acontece... E ela vai ou não falar disso? O que isso significa pra ela? Já que tá se repetindo, e ao mesmo tempo, “não você tem toda razão, você é a dona da casa, você ta entendendo que a coisa ta assim, vamos encaminhar essa história. Só que você não mora sozinha, me dá um tempo pra conversar com as outras pessoas”. Então primeiro veio eco. E aí no momento em que a monitora tava na casa, tava a manicure fazendo o pé delas, que elas querem que vá na casa, não querem ir no salão, a empregada resolveu cobrar um dinheiro que ela tinha usado pra consertar o liquidificador. E assim, é algo que não acontece. As empregadas não podem, ninguém da equipe pode sair comprando coisas.

P – Sem autorização.

A.P – Sem autorização, sem discutir, né, até por um motivo financeiro, além do processo terapêutico, de construção de responsabilidade pelas coisas da casa, é uma

coisa financeira, o dinheiro não é de ninguém, é deles, como é que você vai mandar arrumar uma coisa... A menos que você queria fazer um trabalho voluntário, uma caridade... E aí você faz e acabou, não tem cobrança de nada. Não foi o que aconteceu, ela levou pra arrumar, não comunicou nada à equipe e passa tudo pela equipe diante da casa; e aí a monitora tava lá mexendo nas coisas, na documentação lá na mesa pra poder mostrá-los até onde tinha as coisas do dia a dia lá e a empregada cobrando o dinheiro do liquidificador. E aí ela veio pedindo o dinheiro pra monitora porque a paciente falou que não ia dar. Daí a monitora explicou, falou que não tinha mesmo, que não tinha nota, como é que ela ia prestar conta de todo o dinheiro? Que agora era uma situação muito complicada, ou ela ia no lugar novamente e arrumava uma nota mas que ela não ia dar o dinheiro assim né. Passado alguns minutos, ela foi conversar com os moradores, a monitora né, e falar, ela tava fazendo um acerto de conta com eles, porque ela tem que prestar contas pra instituição, mas assim, todo onde vai ser gasto, “nós vamos no banco buscar”, essa coisa é com eles. Mas ela tem que prestar contas aqui. E pra eles, lógico. E aí lá, contando o dinheiro, um outro morador falou assim “ah, 5 reais eu dei então, pra empregada doméstica pra pagar o liquidificador”, “ah, é?” “É”. O mesmo valor. Assim, um valor total que ela tava cobrando pra todos.

P - Ah, pra cada um, 5 reais?

A. P – Pra cada um 5 reais. E ela gastou 5 reais pra arrumar o liquidificador, entendeu? Não era 30 dividido pelo tanto da casa que deu 5.

P – Interessante porque parece que tem da parte dela então, um abuso sobre a não razão dos outros.

A. P – É, exatamente.

P – “Ah, eles são loucos então eu posso fazer uma conta estrombólica que ninguém vai...”.

A. P – E ai assim, a gente teve que intervir. E como foi feita a intervenção, o terapeuta foi referência da casa, porque essa história chegou assim, isso foi de manhã, a gente teve reunião à tarde, foi tudo muito rápido. Se não tivesse reunião seria também. A gente discutiu e ai a terapeuta da casa referência foi a casa, conversou primeiro em particular com a empregada doméstica, que confirmou que tinha feito isso com eles, que foi um momento de bobeira... Aí ela pediu pra ela esperar, ela conversou com o grupo em separado, e aí o grupo pôde dizer como foi, do jeito deles, e aí sentou a empregada, o grupo de moradores e a coordenadora e foi feita a demissão ali na hora, pelos moradores.

P – Eles decidiram que não queriam mais?

A. P – É, não queriam mais. E a gente dizendo também, que pra gente ia ser muito ruim ficar com ela, porque a relação de confiança tinha rompido, e a gente contava muito com ela, imagina uma situação em que alguém estivesse passando mal na casa, se ela achasse que poderia lidar com isso sozinha e não ligar pra ninguém e acontecer alguma coisa. Porque a gente precisava dela né? A gente tentou esvaziar um pouco essa coisa mais material assim, do ponto de vista de roubar... Falar que a gente precisa dela pra um monte de coisa, não só ajudar vocês a cuidar do dinheiro, que pra gente era muito ruim. E aí, alguns puderam falar "mas também não quero", teve gente que falou "não ela pode ficar porque ela é boazinha", teve isso né. Mas aí o consenso assim era de que não dava mais. E ela foi dispensada. Muito difícil. A pessoa, ela veio depois falar comigo, e aí que é o nó, porque aí vem conversar assim "como que eu fui mandada embora se eu nem conhecia a minha chefe?" Porque eu não tenho o hábito, não é que eu não queira, não é nem o hábito, é tanta cosia burocrática, de articulação, de reunião, fazer matriciamento, de dar uma atenção para o que é moradia, para o que não é... Que assim, eu vou em horários em que elas já não estão nas moradias. E também mesmo que elas estivessem, eu não sou né, não sou. E aí chega nessa postura "como é que eu fui mandada embora sem conhecer a minha chefe?" Aí eu falei: Mas como que você não conheceu a sua chefe? Assim, indignada. E ela falou assim "mas não é você?" Eu falei: não! Quem que assina a sua carteira de trabalho? Aí ela falou. E então, são eles que são seus patrões e tal. E ela assim "ah, mas é da instituição" e o marido, levou o marido, porque entra por uma via de que tem todos os direitos da instituição. Apesar da gente pagar férias, 13º, elas são todas registradas, elas querem ter essa condição. E aí é muito difícil. Mas assim, essa em particular, uma pessoa que hoje em dia já mostrou que tem algumas questões psíquicas, que precisam se encaminhar...

P – A empregada doméstica?

A.P – A empregada doméstica. Ela falava assim pra mim, é... Aí depois na conversa ela disse que ela fazia tratamento de depressão, fez, um tempo atrás. Não que as pessoas, não é isso que se trata, mas acaba aparecendo na relação né, com um grupo que já está fragilizado, se não for uma coisa bem amarrada do ponto de vista do cuidado, se ela, como ela não estava se tratando, a coisa fica mais complicada né. Ela dizia assim "foi só um momento de bobeira, mas eu devolvi em seguida o dinheiro", tipo, "sem crítica" e aí assim "mas foi bom, eu aprendi". E eu falei: O que que você aprendeu com essa história? "Aprendi que a gente não deve falar as coisas perto dos outros" como assim?

“Ah, porque eu falei perto da Tainá – que é a monitora – e ela veio e fez a minha cabeça, por isso que eu to sendo mandada em bora”. Então sabe, sem crítica? Isso eu insisti com ela pelo menos umas cinco vezes, do que que você está XXXX

P – Não e desistir por completamente os moradores em si. Só uma pessoa XXX é capaz de...

A. P – Sim, mas isso é óbvio. Mas do ponto de vista do que ela que tinha que se responsabilizar, não tem, não tem, não entra nada, nada, ta no outro. Agora assim, ah, esperta demais mas “ah, são loucos mesmo”. É aquilo que você falou “eu posso fazer o que eu quiser”, então tem o lado esperto. Perverso, não é esperto não, porque é muita burrice 5 reais. E de um outro lado assim “eu não tenho nada a ver com isso, foi a monitora que foi fazer fofoca e agora vocês querem me mandar embora? Eu não, eu vou entrar na justiça”. Foi uma conversa longa, com o marido, que não queria que ela assinasse...E a gente falou tudo bem, não precisa assinar, tem testemunha, se não quiser não assina... Mas a gente tem isso também. A empregada doméstica, atualmente, ela tem sido... Algumas, porque a gente ta tomado por essa situação. Tem umas que são umas graças, que eu falo assim “nossa, que delícia trabalhar com essa pessoa que cuida, que é parceira, que ta na casa estimula, sabe que a sua função é ser empregada doméstica, mas nem por isso impede, ao contrário, estimula, “ah, quero tomar café”, “ah, você sabe fazer, vamos lá que eu te ensino” sabe, acaba...

P – E aí você acha que é uma, porque essa primeira relação que você me contou, tem uma qualidade meio perversa e que destitui mesmo a razão do outro, “eu posso fazer o que eu quiser, é só não deixar as pessoas sãs ouvirem que eu estou numa boa aqui”. E essas outras que você está me falando parece que tem uma qualidade de relação que vai mais pro cuidado pensando assim.

A. P – É, mas não é o cuidado... Não é nem da maternagem que a maternagem vai ser o limite, pensando em Winnicott. Tem seu limite né. Não é da maternagem porque não dá conta de elaborar toda a questão que envolve nessa questão psíquica, do cuidado que tem que ter. Não é nesse nível. Mas também não é dessa coisa de mãe de fato, que superprotege, tutela...Não é. Fica ali no meio. Não dá conta de fazer tantas elaborações, mas também não é aquela que faz por eles. Ta ali. À estar junto.

P – Se prontifica a ser terapêutica de certa maneira?

A. P – É, mas ou menos.

P – Quando você fala esse negócio do café né, que a gente imagina, numa casa normal, se eu viro pra minha empregada doméstica e digo “faça um café, por favor”.

A. P – Depende da sua empregada, se for como a minha, ela vai falar assim “meu! Você viu o tanto de roupa que eu tenho pra lavar? Você não pode ir lá fazer?!” Depois de trocentos anos.

P – Me fala um pouco dessas estratégias com a comunidade, né. Eu peguei essa figura da empregada doméstica porque eu acho que já é, de certa maneira...

A. P – Então assim, olha, é lógico que quando elas chegam, elas ficam muito perdidas, a gente tem um cuidado de acolhê-las, ficamos, nem sempre, na maioria das vezes, a gente ta junto... Nos primeiros dias é óbvio né? Mas a gente sempre tenta ficar um pouco mais, um mês mais ou menos acolhendo, ficando mais próximo. Então elas chegam com questões né, às vezes medo... A gente faz seleção viu? De empregada doméstica. É, a gente faz. Agente pega os currículos, chama pra conversa, não é a primeira que chega... Porque na casa da gente, a gente não tem muita opção né? É a que chega, que bateu e vamos ver no que dá. Não, a gente escolhe, fala um pouco... Então quando a gente saca que tem medo, visível, a gente já descarta porque não dá tempo de cuidar desse medo, a gente quer cuidar de outro jeito.

P – E isso acontece bastante?

A. P – Não. Acho que se vem, umas três ou quatro. Porque a gente já fez muito processo. Hoje a gente deve ter umas 13, 14 empregadas domésticas nesse período todo aí. Então já passaram algumas. Porque é novo essa história, tem uns dois anos que a gente...

P – Que introduziu essa história dos...

A. P - ... é, das empregadas domésticas com eles. E foi muito legal isso. Por conta de um grupo até que eu trabalhava, muito autônomo e a gente fazia tabelas e tabelas com eles “o que você faz? Sabe varrer?” Então assim, a casa um nojo, e eles falavam disso pq um não conseguia comer a comida do outro e aquela coisa. E aí teve uma hora em que um falou assim: viu, nós estamos ganhando dois salários, não dá pra pagar uma empregada, uma faxineira, alguma coisa? E aí instituiu, foi funcionando, a gente foi trazendo isso pras outras moradias... Trazendo assim “ah, fulano e fulana não dão conta, sabem como eles fazem?” E aí, “ah é? Mas tem dinheiro? Vamos ver. Ah, tem! Então vamos contratar? Vamos!” Estimulando. Claro que com o intuito que eles topassem porque é muito complicado mesmo, a higiene faz uma diferença numa casa né? É o que faz a diferença. Ainda mais pra psicose no que eles são muito desorganizados. É muito ruim, mas enfim... Morando em grupo, aí deu certo. Então a gente trabalha com elas,

então tem isso “ó, tem coisas que é você mesmo que tem que fazer, mas tem cosias que a gente quer que eles continuem, então, vê lá...” É que eu tenho o bom-senso delas.

P – Vocês trocam com elas experiências que passaram?

A. P – Isso, é. Inicialmente, a gente trazia elas pra reunião. Aí que a gente XXXX, porque entendia o que a gente fazia aqui no Cândido, lá na região sul, na Rosa dos Ventos... Aí elas começaram a acreditar que de fato elas eram profissionais do Cândido.

P – Entendi. Não dava certo por conta dessa coisa de “quem é o meu chefe”.

A. P – É. E a í a gente falou não, vamos “in loquo”, cuidar desse povo lá e eu manejo com elas. E aí ficou a cargo de qualquer um que precisasse da casa. Investigar como os moradores estavam cuidando delas, se eles estavam conseguindo dizer o que queriam ou não, quando tem uma situaçãozinha ela mesma que conversa, já chama os moradores, e chega dizendo “olha, eu percebi tal coisa, vocês perceberam?” “Não”, “ah, vamos lá ver? Então vamos”. “E aí, o que a gente vai pedir pra Maria?” Quando não sai nada, “então Maria, o que você sugere?” “Vou limpar melhor...” “então ta bom”. Tenta tomar esse cuidado pra não ficar mandando entendeu?

P – Pra também não ficar você como uma pessoa que entreviu e tal...

A. P – É.

P – E na comunidade maior, você tava falando que a questão clínica às vezes vocês associam com os centros de saúde e que também têm algumas estratégias com a comunidade. Como é que é isso?

A. P – Os serviços residenciais, quando eu falo de gestão do cotidiano, é o viver das pessoas, mas a gente ta baseado, além do projeto terapêutico individual que isso é coisa da saúde, vai muito além, que vai ao encontro do que é ser cidadão e morar numa comunidade. Então assim “moro numa comunidade, não to mais dentro do Cândido, o que que eu faço com isso? To doente e vou onde?” No centro de saúde. Lógico, que por ser da instituição, infelizmente a rede pública ta caótica e você ter uma XXXX de uma instituição, facilita. Né, então os moradores aqui de Souzas, por exemplo, têm uma agendado centro de saúde. É garantido. Já foi melhor porque tinha médico; como ta sem médico, então ele ta meio capengando com isso. Por N motivos, mas tem, já construído no centro de saúde, que é necessário que tenha essas agendas. Então semanalmente, cada médico das referencias, porque eles também trabalham com referência, tem a sua cota de atendimento pro moradores.

P – São problemas clínicos?

A. P – Clínicos. Um dentista, um ginecologista, hipertensão... É né. E aí quando precisa de um cuidado mais especializado, o próprio centro de saúde que encaminha pras especialidades de Campinas e a gente faz o uso desses ambulatórios, a gente faz o uso desses lugares que fazem os exames, essas radiografias...

P– Quer dizer, vocês vão, de certa maneira, trabalhando em conjunto com a saúde pública geral?

A.P – Geral. Na região sul também. Com mais dificuldade porque quem vê no centro de saúde tem uma dificuldade de entender o serviço residencial como sendo parte da sua comunidade. Entende que é do CAPS, muitas questões eles acham que tem que ser do CAPS.

P– Então não é do território dele. Isso é estranho?

A.P – É estranho porque assim, se fixa na patologia...

P – Ao invés de no território que você abrange em qualquer centro de saúde, certo?

A. P – É. Não consegue assim, enxergar isso que eu tava te dizendo; assim, a lógica do cuidar das equipes de moradia, tem a ver com a lógica do ser cidadão nesse País. E aí, foi isso que eu te falei do matriciamento. Agente vai lá, conversa, a gente já fez várias reuniões... Já melhorou bastante mas ainda a gente tem algumas questões. Mas o atendimento, eles não negam, quando eu falo da dificuldade, assim, não consegue entender que é uma população, não dá nem pra dizer com mais problema, mas com mais sofrimento assim, eles têm muitas patologias que não foram vistas, diferente do cidadão que tava ali na comunidade, que tinha acesso aos centros de saúde. Essas pessoas, você vê eles contando, assim, eles passavam meses trancados em XXXX. Entendeu? O como eles se viraram com essa dor, por Deus. Até hoje têm umas situações que eles contam... Jesus! Isso não existe. Ta provado. Se você tem alguém que não acredita nessa situação, existiu. Por que você fala “meu, como agüentou?” E que agora, ta tendo acesso assim. Tem paciente que a gente foi pra uma consulta pra avaliação sem queixa, sem nada. Mas porque a gente ta habituando a fazer isso, “vai se cuidar, tem o centro de saúde, olha a sua idade, vamos ver né, olha, você precisa ver se não tem anda nos seios, quanto tempo faz que não faz um exame ginecológico?” Às vezes nem dá pra ter essa conversa mas assim, com esse linguajar, mas introduza essa história. Chega num centro de saúde, começa a investigar, e é muita coisa que acontece. Tem paciente que a gente começou a investigar e assim, três meses depois foi a óbito.

P – Câncer, essa coisas?

A. P – É. Então assim, eles têm uma dificuldade no centro de saúde, de entender que tem uma urgência pra essa população, por isso que eu falei, é essa a palavra, não é um sofrimento maior, porque a dor é igual, vai ficar; e eu to pensando assim, do ponto de vista da comunidade né, parece que é privilégio ter uma agenda no centro de saúde. A população da comunidade não tem essa agenda, vai, "tem vaga? Tem, marca, você vai vir daqui a três meses e acabou", enquanto os moradores têm toda semana aqui em Souzas, na região sul, não. Mas é por conta da urgência, né dos maus tratos mesmo.

P – Sim, de ter ficado muito tempo distante dessa possibilidade de atendimento e tal...

A. P - Dessa possibilidade. E aí o centro de saúde tem dificuldade de, os centros de saúde né, nem é o centros de saúde, é os serviços de saúde da rede têm, não esses que a gente ta mais próximo podendo dizer, mas têm essa dificuldade, de entender essa urgência. Mas ta mudando viu.

P – Então, quando você fala em matriciamento né?

A. P – É, matriciamento desses lugares que a gente ta lá no território, é ir lá, conversar, sabe do que se trata, ajudar eles a pensarem e a nos ajudar, também no sentido de pensar em como lidar com algumas situações... É uma troca na verdade, de informações e de construção. Às vezes não é troca mesmo é construção, "olha fulano de tal, o que que a gente vai pensar junto?" Faz supervisão, convida pra participar ou, quando eles fazem, a gente pede pra ser convidado pra supervisão....Tenta construir de uma outra forma né, é isso o que a gente chama de matriciamento. Nos outros lugares que a gente não tem, não ta ali tão próximo do dia a dia, que são os prontos-socorros, os ambulatórios, aí quando a gente ta lá, vem alguém, assim nessa condição de que "ah, deixa pra lá que é louco mesmo", a gente entra falando assim "olha, fulano, você sabe o que é o Cândido Ferreira, onde ele mora?" E conta, sabe assim? Ou às vezes, a gente já teve situação, não faz muito tempo isso, que o paciente chegou no pronto-socorro com diarréia e ficar 12 horas esperando. E aí tem um limite. Não dá. Mas assim, porque era uma monitora nova, que nunca tinha acompanhado e tal. Mas a gente chega, começa a ver que o paciente ta agitado, a gente vai, procura o serviço social, e diz do que se trata, eles agitam. E aí, a gente fala "olha, se tiver possibilidade de cuidar, pode tentar ver se essa pessoa pode ser atendida? Se tiver que explicar pra pessoa que está na sala de espera, a gente explica". Mas em situações que dá pra agüentar, fica lá, esperando como todo mundo.

P – Mas você acha que ainda acontece muito essa história de "ah, é louco, passa pro fim da fila"? Quando vocês não estão...

A. P - É, mas é que ta tão complicado assim... Sem a nossa presença, deve ser porque... Apesar de que são poucos que dão conta assim, sem a nossa presença.

P – Quer dizer, vocês quase sempre têm que acompanhar?

A. P – É. E os que vão sozinhos, às vezes, não tem essa coisa de ficar no fim da fila, mas atende, tudo, e depois vem pra cima da equipe dizendo "como que vocês mandam os caras virem sozinhos aqui?" Às vezes a gente nem sabe que eles foram, porque eles moram próximos ao centro de saúde. "Foi, a gente nem sabia, foi se resolver"; aí eles ficam bravos porque não conseguiu entender o que a pessoa falou ou porque chegou lá e ficou incomodando as pessoas...A gente fala assim "como incomodando?" "Ah, porque toda hora chama uma pessoa pra conversar e às vezes ficava conversando sozinho..." "Mas ele é assim né? O que a gente pode fazer? Você não foi lá perguntar se ele tava precisando de alguma coisa?" Aí é nisso também que a gente entra "olha, se a gente tivesse aí não ia ser diferente, o que ia ser diferente é o manejo, que vocês podem fazer. Alguém foi lá perguntar se ele tava precisando de alguma coisa?" Provavelmente, ele "não, to conversando com não sei quem" né, delirando, até alucinando, e não aprende a entrar na história e querer saber quem é o tal fulano invisível que ele tava conversando; e ali estabelece um vínculo realmente, ou então é isso, é mais fácil pega o telefone, liga pra equipe médica e mete a boca. A gente faz o caminho contrário, ao invés de bater boca com a equipe, a gente fala "é, mas é assim mesmo", é assim mesmo como? E como a gente, e a gente toma cuidado em dizer "aqui a gente faz assim, mas aí... Acho que vocês podem pensar. De fato não vai dar. Se quiser ligar quando ele aparecer aí, pode ligar, daí a gente vê, se tiver alguém que possa ir junto, pra aparecer aí, a gente até vai, mas se a gente não puder, a gente não vai e mesmo assim, a gente talvez queira falar com ele no telefone, pra ver se a gente quer, se ele quer mesmo que a gente esteja aí". Então assim, a gente vai ajudando o outro a pensar...

P – Nas contradições da própria postura dele

A. P – Exatamente.

P – E com a comunidade, de uma maneira geral, o que rola?

A. P – Olha, atualmente, com a comunidade, as coisas estão mais tranqüilas. Atualmente a comunidade se comporta exatamente como qualquer vizinho, em qualquer casa.

P – De todas as residências?

A. P – Olha, se tiver é um caso ou outro, com alguma questão. Porque essas pessoas já chegam cuidando de suas vidas, eles ficam na deles, quando tem uma, dos padrões hoje

socais, é isso. Está bom na sua casa, as pessoas entram, chegam, vivem suas vidas, quando tem uma vizinha ou outra que mora numa comunidade mais acolhedora, mas aí é acolhedora com qualquer um da comunidade, então são aquelas senhoras mais jovens, que têm o hábito de fazer um bingo, aí convida ou senta na porta de casa pra conversar, fofocar, sei lá o quê, e aí elas também chamam né. Tem um senhor, o Sr. A, que ele adora os vizinhos, os vizinhos adoram o Sr. A... Mas é aquela coisa de idoso, qualquer idoso sabe, que senta na porta no final de tarde, ou porque passa parte do seu tempo na área, vendo passarinho, ou vendo quem passa na rua, aí faz vínculo, o outro passa "e aí, Sr. A, tudo bem?" Conversa um pouco, não tem muita... Antigamente, quando a gente ia mudar, a gente ia lá, trabalhava, construía isso na comunidade...

P – Como vocês faziam, vocês chamavam as pessoas nas ruas, vocês batiam nas portas?

A. P – Então, eu nunca precisei fazer isso, porque quando eu cheguei, isso tudo já tinha sido feito, eu assumi de outro lugar mesmo. Mas eu já inaugurei moradia, casas. Eu nunca fui, assim, bater... Não. Quando eles já estavam morando, porque antes de morar, primeiro que é todo um processo de escolha, dos grupos...

P –Então, porque isso eu queria saber também, como se escolhem os grupos?

A. P – Olha, é do que eu sei ta, o que eu vou contar é da minha única experiência com um morador de leito CAPS, que existe isso. Eram alguns moradores depois da instituição que foram pra lá, mas em sua maioria de leito noite do CAPS. Do que eu sei, do processo, que as pessoas contaram e tal, eu tava até na instituição mas não fiz parte e vi algumas movimentações. Os que estavam dentro da instituição, morando aqui, eles fizeram um trabalho de identificação de vínculos, né, assim, morando todo mundo dentro, e era uma equipe que já estava há algum tempo com esse grupo, de dizer assim "ai, tal fulano né? Sempre tão juntos... um vai comprar uma coisa no centro da cidade e trás pro outro..." essa coisa que aproximava e mesmo dessa coisa que se aproximava, mais curto, abrindo portas, tentando identificar se era isso mesmo, se não era... Vários individuais, porque eles se deram conta de que não tinha afinidade nem da pessoa, assim, não tinha nenhum vínculo estabelecido com os demais e o grupo também dizendo que não tinha...Então foi dessa forma. E muitas conversas, muitas rodas pra dizer, pra escolher a casa, pra fazer o processo mesmo de compra dos móveis, dos objetos da casa, de tudo, montar uma casa né? Então é, desde coisas de móveis, até lençol, era cama, mesa e banho.

P – E eles vão ver a casa? Assim, "a gente tem tantas casas que podem ser", aí eles vão ver se gostam e tal?

A. P – Isso. E aí a experiência que eu iniciei, foi desses moradores de leito, e eu já comecei no sentido assim “olha, a gente ta procurando casa, nós quem?” Quando a imobiliária tiver, que era aqui em Souzas porque era da região leste e na época era HD, tava virando CAPS, a gente não sabia onde o CAPS ia ficar...Então né, e era um grupo mais autônomo. “Quando a imobiliária anunciar o imóvel, nós vamos juntos, em todos os que forem aparecendo”, então eu negociei com eles assim, teto de aluguel, o lugar... Porque eles puderam de ir pra um lugar muito ruim, sem asfalto, porque apareceu uma chacarazinha lá, ma num lugar muito ruim, era uma chácara boa, mas o bairro era muito pesado. E é, assim, aqui em Souzas não tem favela mas é um bairro que você fica muito exposta; é um bairro muito trágico... Eles puderam ir, puderam dizer “aqui a gente quer; aqui a gente não quer”. Então começou por aí. E quando tava, quando eles escolheram a casa, a gente não foi bater na porta dos vizinhos, mas a gente, pra dentro da casa, fez alguns combinados, que eles que combinaram, lógico. Eu só mediei e alguns, lembrei, que alguns combinados eles puderam falar sim ou não; mas assim, de que eles não iam ouvir música alta que incomodasse as pessoas, porque todo mundo é assim e que todo mundo que resolve aumentar a sua música depois das 10 da noite ou antes das 8, da manhã, corre o risco da polícia aparecer na porta ou bater boca com vizinho; então se era isso que eles queriam; e eles puderam dizer que não, então eles iam manter um nível razoável. Que mesmo nesse período que podia, tinha que ter o cuidado de sacar se tem alguém por perto que trabalha a noite, que descansa, um bebê... Se não tava incomodando né. Esse tipo de coisa pra dentro, enquanto regra e responsabilidade deles.

P – E esse grupo se formou meio as pessoas que tinham ficado no leito noite do CAPS?

A. P – É, que estavam com alguma impossibilidade de viver com a família ou porque saíram da rua...

P – Eles não se escolheram?

A. P – Eles não se escolheram; mais ou menos, porque assim, eu fiz várias conversas, o grupo foi formado a partir daquilo que eu te disse; que eram os moradores do leito, que ou moravam no leito do CAPS e a gente queria experimentar, ou eram pessoas que já estavam há anos tratando no CAPS e que tinham a impossibilidade, que a equipe já tinha investido tudo e mais um pouco nessa relação com a família e não estava sendo possível e não tinha mais pra onde ir... Eu sentei, eles puderam, assim, inicialmente, eles puderam dizer, o que foi muito legal porque, não sei se você lembra do C. A, um que tocava violão e depois não podia mais tocar porque...

P –Começou a fazer física quântica na Unicamp e depois pirou. Você sabia disso?

A. P – O C? Você não está confundindo com o F?

P – Ah, não, o C é um do cabelo enroladinho?

A. P – é, o próprio.

P – Ah ta.

A. P – Ele falava assim, naquele jeito dele “eu não vou mais nisso não!”, ele bebe, sei que bebe e saía da sala. Aí, “C., vem cá, vamos conversar”, e assim, vai né...Tanto que ele não deu conta. Que era uma dinâmica dele. E foi morar numa pensão, sozinho. E foi legal, porque quando a instituição ofereceu, “então ta, é isso”, pra alguns foi muito ruim e eles puderam dar outro contorno pra vida, desse ponto de vista. Pra outros de fato foi...

P – Quer dizer, não existe uma padronização de critérios pra colocar pessoas em residências terapêuticas. Deixa eu ver se eu to entendendo o que você ta me dizendo. A partir do momento em que a instituição se propões realmente a fechar a aérea de internação, etc... A residência terapêutica é para aqueles que não têm pra onde ir mesmo, que não tem família... Então o critério é doar, a XXX entre eles, da dinâmica da casa, que eles montam, mas existe uma necessidade proeminente de que essas pessoas saiam. Muitas pessoas falam: tem muitos que continuam internos e tem outros que não, que podem ir morar em residências. Acho que isso não existe.

A. P – Não, não existe. Tanto que se você for conhecer as casas do núcleo clínico, nós temos ainda gente morando aqui dentro, né, mas não é porque a gente acredita que eles não possam estar numa casa; é uma questão financeira. Que financeira? A portaria, naquele momento que ela foi escrita e pela experiência do Cândido, o pessoal do ministério passou o dia todo aqui, assim, alguns dias, nas moradias, pra poder pensar junto com esse XXX que na época tava na saúde mental, com o Cândido, pra pensar a lei né, a portaria. Então, naquele momento não se tinha previsto essas questões clínicas o que significava; e pra gente ta aparecendo muito já há alguns anos. A instituição acaba ficando um pouco solitária. Banca porque acredita que todos tenham direito de estar morando em algum lugar, não dentro da instituição; mas financeiramente, os que estão aqui, é porque a casa deles vai ficar muito cara, muito, nos moldes que a portaria propõe, que são até 8 moradores. Você manter uma casa 24 horas que, só de recursos humanos, a gente deve gastar uma média de uns 8, 9 mil reais, então, você imagina, é muita coisa. Com uma PAC (?) de 700 e pouco, não tem como. Então esses que estão aqui, eles demandam uma equipe de cuidado muito além do previsto...

P – Daquilo que é fornecido também pelo financiamento do federal e do estadual.

A. P – Exatamente, mas não pela ideologia. É uma questão financeira. Nós vamos montar, está previsto para o próximo ano. E assim, não nos moldes da Portaria; a gente já tem um experimento que ta dando muito certo. As pessoas questionam, “ah, mas é um mini manicômio?” Não é. É uma casa, que tem 23 pessoas morando, uma casa super adequada, uma chácara, com muito verde, com quartos, as pessoas dormem em, no máximo três por quarto, em quartos super grandes, vários banheiros, várias salas, é uma grande casa... Se cuidam...

P – E é 24 horas?

A. P– É 24 horas. O núcleo tem 6 moradias que ele cuida, nesses moldes, são todas 24 horas. Mas essa, em especial que eu estou falando, é um projeto piloto, por conta desses que ficaram, pra gente saber como que, financeiramente a gente ia lidar com isso. Esse grupo que foi, era um grupo que morava nesse espaço aqui. Eles tinham uma autonomia , diferente dos que ficaram, porque esses que ficaram, tem uma questão física, tem gente amputada, tem gente com seqüelas neurológicas, que demandam muito mais. O grupo desse espaço que a gente está, não, conseguia circular, conseguia dizer coisa, até desejar, mas assim, esse lugar, era como se fosse uma casa de passagem da coisa trancada, pra uma coisa mais aberta, desprotegida, tanto que era um funcionário só que ficava aqui, pra ir pra comunidade. Eles ficaram muito tempo aqui, mesmo trabalhando. O funcionário ficava direto. Mas tinha equipes, trabalhando nas questões, tal. Não deram conta de sair; mas deram conta de sair o grupo todo, juntos, e foram pra essa casa.

P – Que é uma chácara?

A. P – Que é uma chácara, aqui perto, é uma delícia.

P – Eu ia te perguntar assim, se vocês têm os critérios de escolhas das áreas. Você falou razoavelmente perto dos CAPS seria uma boa idéia embora o...

A. P - É tá sendo analisada né, do ponto de vista burocrático. Porque você poderia prever que ele esteja cadastrado nos serviços de saúde...

P - Não precisa ser saúde mental né?

A. P – Não deixa isso claro. Mas como o Cândido já tinha os serviços residenciais quando os CAPS foram montados, e estavam mais ou menos nessa regiões, e no sul, por exemplo que não tinha serviço residencial, aí como a gente já estava nessa lógica de território e cuidado de não dá pra ficar pra uma única equipe, de um CAPS, né, que eu to dizendo, a gente começou a trabalhar nessa lógica de territorialização.

P – Tá, mas essas equipes que atendem às residências , elas também fazem algo no CAPS ou não?

A. P – Não.

P – Elas são exclusivas?

A. P – Tem alguns funcionários de nível superior, que ainda têm a sua carga horária um pouco dentro do CAPS; mas que a gente tá discutindo vir pra instituição também, porque a gente precisa no CAPS resolver uma coisa de moradia. Não tem um grupo, um atendimento... Quem tava: hoje, uma enfermeira, a Sarah da leste...

P – Então, a Sarah, eu conheci. Essas são as chefes de equipe? Como é que chama?

A. P – Não; não tem disso... Elas são referencias de moradia, junto com o grupo todo, não tem uma divisão assim. Porque a gente trabalha nesse movimento, da responsabilização de todos os que trabalham. Então é da Sarah que é técnico superior a auxiliar de higiene.

P - Então, quem que tem nesse grupo? Tem sempre alguém que você chama de técnico superior?

A. P – Da região leste vem a Sarah e eu, que não deveria estar coordenando, referenciando moradia, porque assim, eu... Mas como os meus serviços residenciais têm mais autonomia, então eu consigo é... Tem sido terapêutico até, porque eu ia toda semana e eu to indo a cada 15, uma vez por mês, e eles estão... Tá dando muito certo, porque eles estão se virando, assim com a realidade. Então eles não me esperam lá, às vezes eles vêm aqui, me ligam, mas em várias situações complicadas, da relação deles na casa, eles me chamam e eu vou pra lá...

P – Entre eles?

A. P– Entre eles. É do tipo assim “Ah, a gente não combinou que não pode chegar depois das 9 e meia?” “Tudo bem, mas pode chegar depois das 9 e meia” “Mas você não avisa.” E aí começa o enrosco e aí você tem que ir lá. Ou porque um tá tomando a medicação e o outro não quer dedar né; porque eu trabalho assim nessa lógica “não vem me contar fofoca, você tá falando de fulano? Mas ele não está aqui, vamos colocar na roda?” Então eles estão nesse movimento. “Você pode vir aqui, por que a gente quer contar pra você que fulano tá tomando mediação” Aí eu desço, né.

P – Então aqui está você e a S.?

A. P – Eu e a Sarah, a Etéu (?), que é a médica psiquiatra, ela tem dez horas, que o centro de saúde não assumiu, não deu conta, então a gente, pela lógica do cuidado que a gente tem, na há tempo. Se a gente tivesse de uma outra forma, pra gente ia ser bem

legal pra que a gente pudesse ter essa relação; não tem. Aí na região sul, que lá é o CAPS estação e o CAPS sul, as equipes estão trabalhando juntas então tem a Viviane, psicóloga, que está indo embora, o Francisco, que é um fisioterapeuta, mas é um fisioterapeuta, quando a gente fez a seleção foi pra físio ou T. O né, que a gente queria alguém da área física, porque tem as questões físicas mesmo né? Porque T.O.também tem a sua linha de cuidado na área física , então a gente fez dos dois porque a gente queria alguém da área física porque estava precisando de muitos exercícios pulmonares, de postura, de ajudar a gente a pensar na adaptação da casa... Eu sempre falo, eu sou T.O, mas eu escolhi a saúde mental; então eu ia ter que voltar a estudar, não é que eu não sei... Não adianta, quando você está implicado com aquela situação, é aquilo e também não tem nada a ver, estar especializado em moradia, como o povo anda dizendo das equipes; não é isso, é que assim, você tem outra implicação, não tem como negar. Então a gente queria alguém da área física, mas que tivesse uma implicação com a saúde mental. E aí na seleção, o F. demonstrou ser essa pessoa; então por isso que é um físio; quer dizer, é alguém da área física implicada na saúde mental.

P – Tem o E.?

A. P – Não, a E. Que é a médica psiquiatra daqui. E a R. que tá indo agora pra lá, porque a El. foi pro CAPS, e a R. que é psicóloga e tá indo agora pra lá.

P – Então quer dizer, não tem uma necessidade de ter um disso, um disso e um disso em cada equipe?

A. P – Não; é o que eu te falei, trabalhamos com a demanda. E aí a grande massa, que tá lá todo dia, leva... Que é o povo da enfermagem, os monitores, que a Portaria prevê os cuidadores e a gente não tem cuidador, a gente tem monitor, porque a leitura que se faz de cuidador não é o que a gente entende...

P – Me diz só mais uma coisa, você tava falando da rede geral de saúde na época, não sei em que pé está a Paidéia do Gastão né, isso foi da gestão do Toninho... Mas vocês tinham uma relação com o Programa de Saúde da Família e com esses Agentes Comunitários da saúde, porque você está me dizendo que vários XXX

A. P – Não vai. E a gente fez tentativas, principalmente aqui em Souzas, a gente foi nas reuniões de equipe, a gente quase que virou “um membro da equipe” pra poder pensar. Do centro de saúde de Souzas, é a única de tudo o que a gente tentou que não deu certo. Elas tinham medo, não ficavam, quando a gente ficava junto, faziam de conta que não estavam entendendo, quando a gente saiu de cena, não foram, não quiseram...

P – Não iam naquela casa? Pulavam a casa é isso?

A.P – Não, assim, a gente fez um trabalho pra elas serem inseridas, no sentido de um cuidado de fato naquela casa; o que significa ter uma casa daquela, um centro de saúde. Isso não, assim, de ir lá, fazer o cadastro, quando elas passam pra fazer a avaliação que elas fazem, faziam. Porque como eles têm agora agenda, elas não precisam mais, porque eles estão bem inseridos no centro de saúde. Mas inicialmente não funcionou, isso que a gente esperava como parceiros, assim, gente da saúde, cuidando de um serviço como o serviço residencial, a gente não conseguiu, nem aqui, e nem na região sul. Mas a gente fez todas as tentativas, não desistimos a gente continua, mas não com a intensidade que a gente tinha...

P – Quer dizer o PFS ainda atua aqui?

A. P – Atua.

P – E me fala só mais um pouco da história da comunidade; eu já ouvi algumas coisas, eu estava conversando com a Sarah no dia da supervisão, e ela me disse que foi internada uma XXX. Tem por exemplo uma vizinha que tem essa atitude que você disse que ... uma vizinha que, por exemplo, toma cafezinho, que vai na casa, que eles trocam idéia e tal... E tem um salão de beleza na esquina, cuja dona do salão de beleza não deixa eles entrarem, botarem um pé lá.

A. P – Então, não são eles, é A Soninha, é uma moradora. Ela tem uma questão com revista e há anos ela tem uma questão de conversar, ela fala e responde, é uma coisa escancarada mesmo. E ela tem essa questão com as revistas e ela acabou entrando no salão e pegando e ela fica de fato, transtornada quando vê revistas, e ela entrou no salão e pegou uma coleção antiga da dona do salão. E a mulher, ao invés de pedir ajuda, não teve uma adequação; também, lógico, qualquer um que se sinta invadido... E aí, com toda a razão, ela ficou muito brava, ela foi manejar a situação dela e a S. se agitou, e aí foi um inferno o negócio. Eu trabalhava com a S. a responsabilização, ela foi lá e pagou as revistas, foi no salão e entendeu que lá não é um lugar que ela vai pra pegar revista, que lá tem um outro objetivo, e isso tudo com a gente trabalhando com ela, ela está indo com muito mais freqüência à banca de jornal, levando seu dinheiro, comprando sua revista... É porque, de fato, ela tem uma questão com revista e com noivas; e era uma coleção de noivas... Mas tem sido feito um trabalho com ela, de sair pra rua, de deixar ela sair sozinha...

P – E a dona do salão compreendeu?

A. P – Não.

P – Mesmo vocês tendo ido lá, explicando...

A. P – Não, não compreendeu, e assim, a gente fez o que tinha que fazer, daqui pra frente, a gente entende que o nosso trabalho continua sendo com a Soninha e se uma nova situação como essa acontecer, a gente espera que, com a nossa conversa, ela minimamente saiba se não manejar, pegar o telefone e pedir ajuda. Mas têm outras situações assim. Tem uma outra, aqui da leste, que eu tentava trabalhar como essa que e falei pra você do salão. Várias conversas com essa pessoa e nada; um dia eu falei: você está proibida, se eu te pegar dentro da moradia, eu vou chamar a polícia. Eu tive que falar isso em nome dos moradores, porque ela era tão sedutora, tão perversa, que eles não conseguiam enxergar que de fato, o anel que ela vendia que a gente encontrava descaradamente no caminhão por 2 reais, ela vendia a 50, a 70 reais pra eles.

P – Ah, era uma vendedora de rua que sacou que eles...

A. P – Não, ela era vizinha, só que ela sacaneava mesmo, então ela vendia sabonete da Avon, que no catálogo era um preço, por um preço absurdo, ela usava o telefone como se fosse orelhão, ele ia lá na casa, é uma pessoa bem complicada, tanto que ela se intitula funcionária do Cândido pras pessoas. Quando tem alguém novo da equipe, ela fala assim "não, mas eu trabalho no Cândido, eu estou afastada, também sou funcionária" ela é bem complicada. Mas tem esse tipo de coisa; com ela e eu precisei, depois de várias conversas, eu precisei falar "você não entra mais aqui, você só entra aqui quando você for convidada". Tanto que nos aniversários, ela vai, porque ela é convidada, eles adoram ela. E assim, eu trabalho muito com o grupo e eles entenderam; isso eles não fazem mais, porque às vezes eles contam que ela ainda oferece alguma cosia. Eles não querem mais porque já estão perdendo a confiança; a relação de confiança rompeu. Desse ponto de vista da compra. Mas de conversar, de papear, eles gostam, e então eles convidam ela pros aniversários, pras festas...Pra papear às vezes... E na região sul, uma moradia fio fechada por conta dos vizinhos, uma época...

P–Que é no Taquaral?

A. P – Não, no Taquaral é o CAPS, que teve o movimento, que era na Nova Campinas e fechou, foi pro Taquaral, aí teve movimentação também dos vizinhos...

Esse serviço residencial eu não trabalhava na época só com moradia e era de um outro CAPS, não o que eu trabalhava, mas do relato sim. Mas era um grupo muito... Especificamente falando, eles tinham saído do Tibiriçá, que foi fechado, em Joaquim; logo foram para a Moradia, à gente não sabe como eles foram trabalhar essa questão do morar, esse processo que eu falei que a gente faz no Cândido, a gente não sabe como foi feito lá, não soubemos mesmo, e era um grupo muito difícil, que precisava... E aí, a

vizinhança conseguiu fazer com que a gente pensasse de fato... E a gente chegou a essa avaliação mesmo que precisava fechar...

P – Por que, eles brigavam?

A. P – A casa funcionava 24 horas. Gente agitada, gritando, se pegando, sabe um setor de internação agitado? Era a casa. A gente fazia essa avaliação, que por mais que se tentasse trabalhar várias questões, era um grupo que não estava preparado pra morar assim. Então na época, foi feita uma reavaliação dos moradores, nesse ponto de vista. Alguns vieram pro Cândido, tanto que estão ainda morando no Cândido, numa casa que a gente não tem condições de acolher, outros voltaram pro CAPS, até pensar, se olharem, saber se de fato quer morar, e aí foi montada outra casa. Alguns não estão em residência, tem uma que já foi até a óbito que tinha uma doença degenerativa associada à psicose, mas ela se deu muito bem aqui no Cândido, a C., não sei se você chegou a conhecer, uma que tinha várias verrugas no rosto?

P – Acho que não.

A. P – Então, uma graça, circulava... Foi possível ela freqüentar o CAPS sabe? De um modo se inseriu de um outro jeito na vida, mas aí ela foi a óbito e não deu tempo de trabalhar a questão de moradia. Tem o J., que assim, hoje ele fica trancado, sai acompanhado, obviamente, mas ele fica no núcleo clínico mais trancado do que circulando, porque ele sai e ele tem além da psicose, uma deficiência mental... É de uma gravidade fazer, porque ele sai, ele destrói os carros, vários foram os carros que a instituição teve que pagar... Hoje ele ta bem mais tranqüilo, ele sai, acompanhado, circula, vai para os passeios, ta de um outro jeito... Mas ta sendo trabalhado para poder ir morar na comunidade. E atualmente um vizinho, duas vizinhas, de uma residência do CAPS sul, da região sul, que começaram também a pedir pra que a casa saísse de lá, porque tem um morador novo, em crise, que está em processo de adaptação e ele joga tudo pra casa do vizinho, tudo. Mas aí a gente já conversou com ele, com ela, funcionou quando ele teve que se apresentar assim “ó, sou eu que jogo, falem comigo, não com a equipe”, porque a gente fez isso né, “ó Sr. R., não dá, a gente fecha a porta, o sr dá um jeito de abrir, a gente pede pra fazer isso, o sr não entende e faz de pirraça”, às vezes faz de pirraça, pela psíquica de atenção. Tem momentos que ele fazia, que ele é cabra macho, sabe?

P – Baiano, arretado?

A. P – É. E acontecia quando tinha só mulher na casa, “quem manda aqui sou eu então eu jogo mesmo.” Lógico que era a psíquica dele. E aí, “não, o Senhor vai lá, s explicar,

as pessoas precisam saber quem é o Senhor Quem é que joga né?" E ai, também, com outras intervenções que a gente vem fazendo para a adaptação, ta dando uma tranqüilizada. Mas o mesmo morador que reclama, iniciou um contato... Eles já se conheciam, levavam o Jorge na casa dele, pra papear e tal; mas resolveram levar na igreja e o Gaudí não quis, foi acompanhando, a gente foi na 1ª vez, porque a gente não sabia...

P – Esse que reclamou com o cara que joga, levou na igreja?

A. P – Não, ele reclamou da casa mas leva o outro morador da casa pra passear. Então assim, é uma reclamação que vem nesse nível da ameaça, "já fechamos uma aqui no bairro, pra fechar outra, não tem problema". Mas que aí a gente vai manejando... As casas novas que a gente tem alugado, a gente não pede licença não, a gente se instala, porque a gente entendeu que qualquer um faz isso. Às vezes você tem um vizinho que é traficante e ele não vem pedir, to falando do ponto de vista do risco, ele não vem bater na sua porta...

P –...E falar "ó, eu vou morar aí do lado mas eu sou traficante...".

A. P – É, se não você ia falar "não, não vem". Eu já morei do lado de uma psicótica, na verdade não sei se era uma psicótica, mas era grave. E assim, não veio pedir licença e eu fiquei puta, porque as nossas casas eram geminadas e ela tinha crise durante a noite e ninguém dormia, e o marido dela, eram cinco, seis noites, que chamavam o SAMU... Mas e aí? Eu lidei com isso; teve situações de eu levantar e "meu, chamo o SAMU, você não vai dar conta sozinho". Morava eu e a V. Não sei se você chegou a ver aquelas casinhas que têm ali no, é Sirilo, aquele bar? Que tem ali no Taquaral? Atrás tem umas casinhas que era do pessoal do Chapéus Curi; na época a gente morava lá; e assim, ninguém avisa nada, entendeu?

P – Você acha que existe uma comunicação então entre essa comunidade e os usuários? Você acha que é possível, uma comunicação? Não a convivência, porque a convivência você está me dizendo que é possível, mas e a comunicação?

A. P – Qual comunicação você está falando?

P – Uma comunicação, por exemplo, que eu estabeleço com você.

A. P – Isso é tão pessoal...Porque você não tem... É isso que eu estou te dizendo assim, quando eu falo do risco do traficante, assim, pra mim é um risco, por vizinho do lado, pode não ser nada e ele ter uma comunicação com o cara. Com eles, tanto pode ter o vizinho que entenda que de fato, ele é um vizinho idoso, no caso do Senhor Armando, e essa pessoa foi educada, respeitar os idosos e tratar assim... Como vai ter o outro que

vai chegar e ter uma comunicação no sentido da tutela, de tomar conta... Como tem a outra que explora. Eu sempre acho que comunicação é sempre possível. Agora, como ela se estabelece... E que aí está ali, junto com a convivência, como você fala, “não é a convivência, é a comunicação”, mas é que uma está colada na outra; você pode conviver muito bem com a casa ali sem ter comunicação, mas é porque não dá pra saber. Mesmo falando em comunidade, que parece que é uma coisa em bloco, não é. Você também mora em comunidade.