UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA, LETRAS E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM HUMANIDADES, DIREITOS E
OUTRAS LEGITIMIDADES

EVERTON ROBERTO DE OLIVEIRA

**re.construindo mundos: arte, direitos humanos e cidadania
nos Centros de Atenção Psicossocial**

São Paulo
2017

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA, LETRAS E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM HUMANIDADES, DIREITOS E
OUTRAS LEGITIMIDADES

**re.construindo mundos: arte, direitos humanos e cidadania
nos Centros de Atenção Psicossocial**

Everton Roberto de Oliveira

Dissertação apresentada ao Núcleo de Estudos das Diversidades, Intolerâncias e Conflitos, da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, para a obtenção do título de Mestre em Humanidades, Direitos e Outras Legitimidades.

Orientadora: Prof^ª Dr^a Sandra Regina Chaves Nunes

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo na Publicação
Serviço de Biblioteca e Documentação
Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo

048r Oliveira, Everton Roberto de
 re.construindo mundos: arte, direitos humanos e
 cidadania nos Centros de Atenção Psicossocial /
 Everton Roberto de Oliveira ; orientadora Sandra
 Regina Chaves Nunes. - São Paulo, 2017.
 307 f.

Dissertação (Mestrado)- Faculdade de Filosofia,
Letras e Ciências Humanas da Universidade de São
Paulo. Departamento de História. Área de concentração:
Interdisciplinar.

1. Arte. 2. Direitos Humanos. 3. Cidadania. 4.
História. 5. Saúde Mental . I. Nunes, Sandra Regina
Chaves , orient. II. Título.

OLIVEIRA, Everton Roberto de.

re.construindo mundos: arte, direitos humanos e cidadania nos Centros de Atenção Psicossocial

Dissertação apresentada ao Núcleo de Estudos das Diversidades, Intolerâncias e Conflitos, da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, para a obtenção do título de Mestre em Humanidades, Direitos e Outras Legitimidades.

Aprovado em:

Banca examinadora

Prof. (a)Dr.(a)_____Instituição:_____

Julgamento:_____Assinatura:_____

Prof. (a)Dr.(a)_____Instituição:_____

Julgamento:_____Assinatura:_____

Prof. (a)Dr.(a)_____Instituição:_____

Julgamento:_____Assinatura:_____

Agradecimentos

Há pessoas fundamentais nos caminhos um tanto solitários de um pesquisador e a elas agradeço com a memória do coração.

Aos meus pais, exemplos de dedicação, que sempre me incentivaram a estudar para que pudesse lutar pelos meus sonhos, verdadeiramente.

Ao pesquisador Rodrigo Casali por me iniciar nos campos da História e me encorajar nessa trajetória.

Aos meus irmãos, que me acenam de longe e me acolhem com abraço fraterno sempre que retorno de minhas jornadas.

Aos amigos Ana Maria Melo, Fábio Pupo, Roger Janez e Marcel Moreno pela amizade e por participarem ativamente de todo o processo.

Aos colaboradores pelos preciosos testemunhos compartilhados.

Ao Diversitas – disposto a disseminar a voz daqueles que vivem à margem, muitas vezes esquecidos também pelas especializações acadêmicas, contribuindo para a educação da sociedade e para a diminuição dos estigmas.

Aos meus professores e à toda equipe que o compõe, em especial a coordenação do Programa, a Prof^a Dr^a Zilda Iokoi e também a Teresa Teles, apoio fundamental em todo o percurso feito até aqui.

À CAPES, cujo aporte financeiro foi essencial para a conclusão desse trabalho.

À Prof^a Dr^a Sandra Regina Chaves Nunes, orientação e norte, ensinamentos que guardarei comigo como luz até o fim dessa viagem.

“A arte é minha cura...”

(Ronaldo, um dos colaboradores)

Resumo

“re.construindo mundos: arte, direitos humanos e cidadania nos Centros de Atenção Psicossocial” volta-se à importância do acesso à arte como forma de respeito aos direitos humanos e garantia de cidadania a um grupo de pessoas marcadas por uma história que deixou cicatrizes profundas e que, ainda hoje, por padecer de sua condição de saúde mental, enfrentam a pobreza e o preconceito cotidianamente, além da falta de oportunidades educacionais, profissionais e de atenção especializada: os usuários dos CAPS – Centros de Atenção Psicossocial, serviço oferecido pelo Sistema Único de Saúde - SUS.

Funda-se nos campos da História, em um gesto interdisciplinar, e estabelece diálogo com outras disciplinas das ciências humanas, que busca revelar a relação libertadora entre arte e saúde mental, força poderosa no processo de reabilitação psicossocial dos que sofrem com transtornos mentais, em uma investigação dessa história, vista de baixo, e que se desenrola agora diante de nós, cujos testemunhos e as vozes de quem vive nesse cenário são essenciais na documentação dessa memória.

Portanto, trata-se da captação de elementos significativos à escrita da história, versando sobre a dimensão e a importância da arte na vida dos usuários dos CAPS, tecendo uma pequena trama desta imensa colcha de retalhos que é a história da loucura em nosso país, contribuindo para legitimar as novas práticas e cuidados oferecidos por estes Centros, sobretudo, no tocante à arte e seus relevantes benefícios a todos aqueles que necessitam ou necessitarão desse serviço público de atenção à saúde mental no Brasil.

Palavras-chave: arte, direitos humanos, cidadania, história, saúde mental

Abstract

“rebuilding worlds: art, human rights and citizenship in the Centers for Psychosocial Attention” turns to the importance of access to art as a way of respecting human rights and guaranteeing citizenship to a group of people marked by a history that left scars mental health, face daily poverty and prejudice, as well as the lack of educational, professional and specialized care opportunities: the users of CAPS - Psychosocial Care Centers, a service offered by Unified Health System - SUS.

It is based on the fields of history, in an interdisciplinary gesture, and establishes dialogue with other disciplines of the human sciences, which seeks to reveal the liberating relationship between art and mental health, a powerful force in the process of psychosocial rehabilitation of those who suffer from mental disorders, in an investigation of this history, seen from below, and which unfolds now before us, whose testimonies and the voices of those who live in this scene are essential in the documentation of this memory.

Therefore, it is the capture of significant elements to the writing of history, dealing with the dimension and importance of art in the life of users of the CAPS, weaving a small plot of this immense quilt that is the history of madness in our country, contributing to legitimize the new practices and care offered by these Centers, especially with regard to art and its relevant benefits to all those who need or need this public service of mental health care in Brazil.

Keywords: art, human rights, citizenship, history, mental health

Lista de Figuras

Figura 1- Hospital Pedro II, no Rio De Janeiro.....	85
Figura 2- Colônia de Alienados, Trabalho Agrícola.....	87
Figura 3- Mulher encarcerada no Colônia de Barbacena.....	88
Figura 4- Aparelho de Eletrochoque.....	92
Figura 5 - Sessão de eletrochoque.....	93
Figura 6 - Dr. Walter Freeman realizando uma lobotomia.....	97
Figura 7 - Homem toma água do esgoto à céu aberto.....	101
Figura 8- Homens de um dos pavilhões do Colônia.....	102
Figura 9- Hospital Juquery em Franco da Rocha.....	103
Figura 10- Pavilhão feminino do Juquery.....	105
Figura 11 - Oficina de artes visuais no CAPS II.....	138
Figura 12 - Apresentação teatral “trupe sem juízo”	139
Figura 13 - Apresentação teatral “trupe sem juízo”	140
Figura 14 – Jornal Diário MS.....	140
Figura 15 - Maquiagem para entrar em cena.....	141
Figura 16 - Apresentação teatral “trupe sem juízo”	141
Figura 17 – Jornal Folha de Dourados: trupe sem juízo busca saúde no teatro.....	143
Figura 18 – Jornal O Progresso: CAPS encena esquete na Praça Antonio João.....	144
Figura 19 - Grupo participante da oficina de criação literária e do livro Poizia.....	146
Figura 20 – Capa do livro Poizia.....	147
Figura 21 – Jornal O Progresso: pacientes lançam Poizia - O Livro dos Sonhos.....	148
Figura 22 – Oficina de artes visuais no CAPS II.....	149
Figura 23 - Convite para a exposição “re.construindo mundos”	150
Figura 24 – Oficina de estamparia na Associação Arte e Convívio.....	151
Figura 25 – Desfile de bolsas e camisetas com os tecidos estampados.....	152
Figura 26 - Homem nu em cama do Hospital Psiquiátrico Vera Cruz.....	158
Figura 27 - Internos do Hospital Vera Cruz vivem encarcerados.....	159
Figura 28 - Jornal do CAPS.....	181

Sumário

Resumo.....	7
Abstract.....	8
Introdução.....	11
Capítulo 1 – História e Memória: a história vista de baixo	24
Capítulo 2 - Criar é Viver: arte, direitos humanos e cidadania.....	49
Capítulo 3 – Loucura: território de violência e exclusão.....	71
Capítulo 4 - De Portas Abertas.....	109
Capítulo 5 – Eu vi, senti: a experiência no CAPS em Dourados – MS.....	134
Capítulo 6 - O cenário do trabalho de campo.....	155
Capítulo 7 - As vozes de quem vive essa realidade.....	173
Considerações Finais.....	209
Referências Bibliográficas.....	217
Anexos.....	227

Introdução

“re.construindo mundos: arte, direitos humanos e cidadania nos Centros de Atenção Psicossocial” é resultado de uma pesquisa em Ciências Humanas realizada junto ao Programa de Pós Graduação Interdisciplinar em Humanidades, Direitos e Outras Legitimidades – Diversitas, na Universidade de São Paulo – USP, com financiamento da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, do Ministério da Educação.

Volta-se à importância do acesso à arte¹ como forma de respeito aos direitos humanos e garantia de cidadania² a um grupo de pessoas que carrega uma história de violência e exclusão que deixou marcas profundas em nossas consciências e, ainda hoje, por padecer de sua condição de saúde mental, enfrenta a pobreza e o preconceito cotidianamente, além de sofrer pela falta de oportunidades educacionais, profissionais e de atenção especializada: os usuários dos CAPS³ – Centros de Atenção Psicossocial, serviço oferecido pelo Sistema Único de Saúde - SUS⁴.

Estes centros têm a missão de prestar atendimento humanizado e de portas abertas a pessoas com transtornos mentais graves e persistentes⁵ e àquelas que apresentem necessidades

¹ Aqui utilizo o termo arte conforme proposto por Fayga Ostrower: “como fazer artístico, no qual o homem elabora seu potencial criador através do trabalho, fazer intencional, produtivo e necessário, que ampliaria em nós a capacidade de viver. É através do trabalho que o homem elabora seu potencial criador, sendo uma experiência vital. Nessa experiência, que envolve o pensar e o agir, o homem encontraria sua humanidade ao realizar tarefas essenciais à vida e essencialmente humanas”. Cujo sentido as práticas expressivas, comunicativas e corporais oferecidas pelos CAPS devem promover como forma de estimular o trabalho criador, caro à existência e à condição humana. OSTROWER, Fayga. *Criatividade e Processos de Criação*. Petrópolis: Vozes, 2001. 187 p.

² Para tratar da relação arte, direitos humanos e cidadania, há um capítulo dedicado ao tema – Criar é Viver: arte, direitos humanos e cidadania.

³ Os CAPS são atualmente regulamentados pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 e integram a rede do Sistema Único de Saúde, o SUS.

⁴ “O SUS, instituído pelas Leis Federais 8.080/1990 e 8.142/1990, tem o horizonte do Estado democrático e de cidadania plena como determinantes de uma “saúde como direito de todos e dever de Estado”, previsto na Constituição Federal de 1988. Alicerça-se sobre os princípios do acesso universal, público e gratuito às ações e serviços de saúde; integralidade das ações, cuidando do indivíduo como um todo e não como um amontoado de partes; equidade, como o dever de atender igualmente o direito de cada um, respeitando suas diferenças; descentralização dos recursos de saúde, garantindo cuidado de boa qualidade o mais próximo dos usuários que dele necessitam; controle social exercido pelos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde com representação dos usuários, trabalhadores, prestadores, organizações da sociedade civil e instituições formadoras”. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 13.

⁵ Os dados do Ministério da Saúde apontam que “Grande parte deste grupo é composto pelos transtornos psicóticos. Em geral, o conjunto de transtornos psicóticos representa um drama pessoal em potencial no curso de

decorrentes da dependência ou do uso abusivo de álcool e outras drogas, extinguindo os maus tratos e o exílio nos antigos hospitais psiquiátricos ou manicômios⁶.

Atualmente, segundo a OMS – Organização Mundial da Saúde⁷, uma em cada quatro pessoas no mundo sofrerá em condição de sua saúde mental ao longo da vida. No Brasil, estatísticas do Ministério da Saúde⁸ estimam que cerca de 3% da população possua transtornos mentais severos, que outros 6% abusam ou são dependentes de substâncias psicoativas, além de que 12% dela possa vir a desenvolver algum tipo de transtorno depressivo, ansioso ou alimentar, perfazendo um total de 21% dos brasileiros.

O que nos revela uma substancial quantidade de pessoas, que hoje somariam aproximadamente quarenta e três milhões⁹ de indivíduos que necessitam ou vão necessitar de atenção em algum tipo de serviço público¹⁰ em Saúde Mental ao longo de sua vida e poderão buscar os cuidados oferecidos pela Rede de Atenção Psicossocial – RAPS¹¹, sendo que, desse

vida de um indivíduo. Este grupo não inclui apenas a esquizofrenia e o transtorno esquizoafetivo, mas também as psicoses afetivas e atípicas e acarreta consequências de longo alcance em vários âmbitos da vida destes indivíduos”. Também do mesmo documento temos que “é uma definição que “associa a duração dos problemas, o grau de sofrimento emocional, o nível de incapacidade que interfere nas relações interpessoais e nas competências sociais e o diagnóstico psiquiátrico.” Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Diretrizes Assistenciais para a Saúde Mental na Saúde Suplementar*. Rio de Janeiro: 2008. p.10.

⁶ Segundo a Lei 10.216, que veda a internação de pessoas com transtornos mentais em instituições com características asilares, garantindo sua proteção e o respeito aos seus direitos, prevendo a criação de uma rede substitutiva aos antigos hospitais psiquiátricos. BRASIL. Lei 10.216, 4 jun. 2001.

⁷ Estes dados estatísticos foram extraídos do texto *Tener en cuenta a las personas con discapacidades mentales* do site da Organização Mundial da Saúde – OMS. Disponível em <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2010/mental_disabilities_20100916/es/>. Acesso em: 01 fev. 2017

⁸ BRASIL. Op. cit. p.7, nota 5.

⁹ Cálculo baseado na afirmação do Ministério da Saúde e na projeção de população atual: 207.089,017, segundo o site oficial do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>. Acesso em: 13 fev. 2017.

¹⁰ Para Linhares “na busca da definição de um conceito de serviço público, o direito administrativo tem se valido de três critérios, vale dizer: subjetivo, objetivo e material” e pode ser entendido como “um regime jurídico administrativo, caracterizado pela submissão ao princípio da legalidade; constituição de obrigações por ato unilateral; presunção de legitimidade, auto executoriedade, unilateral declaração de nulidade e revogabilidade dos atos praticados; continuidade das atividades havidas como públicas, dentre outras.” LINHARES, Marcel Queiroz. *O Estado Social e o princípio da subsidiariedade: Reflexões sobre o Conceito de Serviço Público*. Revista da Faculdade de Direito da UFPR, V. 33, 2000. P. 209 – 223.

¹¹ Segundo o artigo 5º da Portaria Ministerial Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, a Rede de Atenção Psicossocial é constituída pelos seguintes componentes: I - atenção básica em saúde, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) Unidade Básica de Saúde; b) equipe de atenção básica para populações específicas: 1. Equipe de Consultório na Rua; 2. Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório; c) Centros de Convivência; II - atenção psicossocial especializada, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades; III - atenção de urgência e emergência, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) SAMU 192; b) Sala de Estabilização; c) UPA 24 horas; d) portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro; e) Unidades Básicas de Saúde, entre outros; IV - atenção residencial de caráter transitório, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) Unidade de Recolhimento; b) Serviços de Atenção em Regime Residencial; V - atenção hospitalar, formada pelos seguintes

total, pelo menos 9% da população, mais de dezoito milhões de pessoas, devem receber o atendimento prestado pelos CAPS, um dos serviços que integram essa rede.

Eles são definidos como pontos de atenção psicossocial especializada e há mais de dois mil e duzentos¹² deles espalhados pelo território nacional, organizados em diferentes modalidades¹³, caracterizados de acordo com o tipo de atendimento prestado, os usuários a que se destina, a estimativa populacional do município e a faixa etária atendida.

Em substituição ao modelo¹⁴ asilar eles são pontos estratégicos na atenção psicossocial¹⁵ e devem ser constituídos por uma equipe multiprofissional¹⁶, composta por diferentes áreas, atuando sob uma ótica interdisciplinar, prestando atendimento aos seus usuários tanto em situações de crise, quanto em seus processos de reabilitação psicossocial.

Articulados junto à rede de serviços de saúde, uma de suas atribuições é oferecer cuidados em um ambiente terapêutico, inserido no território¹⁷ das cidades, devendo evitar as

pontos de atenção: a) enfermaria especializada em Hospital Geral; b) serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas; VI - estratégias de desinstitucionalização, formada pelo seguinte ponto de atenção: a) Serviços Residenciais Terapêuticos; e VII - reabilitação psicossocial. BRASIL. Portaria Ministerial nº 3088, 23 dez. 2011.

¹² Em 2015 eram exatamente 2.209 unidades segundo o Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. *Saúde Mental em Dados* – 12, ano 10, nº 12. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2015. Disponível em < www.saude.gov.br e www.saude.gov.br/bvs/saudemental>. Acesso em 03 jul. 2016.

¹³ Segundo o artigo 6º, inciso 4, da Portaria Ministerial Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, os Centros de Atenção Psicossocial estão organizados em diferentes modalidades, cuja apresentação completa sobre eles encontra-se no capítulo 4 – De portas abertas.

¹⁴ O termo modelo pode ser entendido como o “*paradigma clínico que fundamenta e autoriza a instituição psiquiátrica clássica*” que teria produzido, segundo Amarante, “*aparatos científicos, legislativos, administrativos, de códigos de referência cultural e de relações de poder estruturadas sobre um objeto bem preciso, a doença.*” Amarante, Paulo. Uma aventura no Manicômio: a trajetória de Franco Basaglia. História, Ciências e Saúde – Manguinhos, I (1): 61-77, jul-oct, 1994. p. 62

¹⁵ Os CAPS, assumindo um papel estratégico na organização da rede comunitária de cuidados, farão o direcionamento local das políticas e programas de Saúde Mental: desenvolvendo projetos terapêuticos e comunitários, dispensando medicamentos, encaminhando e acompanhando usuários que moram em residências terapêuticas, assessorando e sendo retaguarda para o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e Equipes de Saúde da Família no cuidado domiciliar. BRASÍLIA. Op. cit. p. 12, nota 4.

¹⁶ Segundo o Ministério da Saúde (2004) “todos os CAPS devem obedecer à exigência da diversidade profissional e cada tipo de CAPS (CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad) tem suas próprias características quanto aos tipos e à quantidade de profissionais.” Os profissionais que trabalham nos CAPS possuem diversas formações e integram uma equipe multiprofissional. É um grupo de diferentes técnicos de nível superior e de nível médio. Os profissionais de nível superior são: enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, pedagogos, professores de educação física ou outros necessários para as atividades oferecidas nos CAPS. Os profissionais de nível médio podem ser: técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, técnicos administrativos, educadores e artesãos. Os CAPS contam ainda com equipes de limpeza e de cozinha.” BRASÍLIA. Id. p. 26.

¹⁷ Conforme encontram-se nas diretrizes do Ministério da Saúde “Um país, um Estado, uma cidade, um bairro, uma vila, um vilarejo são recortes de diferentes tamanhos dos territórios que habitamos. Território não é apenas uma área geográfica, embora sua geografia também seja muito importante para caracterizá-lo. O território é constituído fundamentalmente pelas pessoas que nele habitam, com seus conflitos, seus interesses, seus amigos, seus vizinhos, sua família, suas instituições, seus cenários (igreja, cultos, escola, trabalho, boteco etc.). É essa

internações, envolvendo toda comunidade, favorecendo a inserção social de usuários e seus familiares, garantindo o exercício da cidadania de quem deles necessita, pautados pelo respeito aos direitos humanos, à autonomia e à liberdade dessas pessoas e, ao contrário dos antigos manicômios, suas portas e janelas devem estar sempre abertas.

Esses cuidados são orientados por meio da construção de um Projeto Terapêutico Singular - PTS¹⁸, instrumento que envolve a equipe, o usuário e sua família, acompanhando-o em “sua história, cultura, projetos e vida cotidiana”. Dentre suas estratégias de composição devem oferecer, sobretudo, as chamadas práticas expressivas, comunicativas e corporais, diariamente, bem como, deve articular-se com os recursos do território em que se encontra, ultrapassando os portões do próprio serviço.

Deve-se considerar ainda que reconhecidos pensadores defendem o acesso à arte como uma condição para a existência humana e direito de todo cidadão, além de que, muitas foram as experiências significativas realizadas por grandes nomes da saúde mental como a Doutora Nise da Silveira¹⁹, que comprovam sua potência como força “autocurativa”²⁰, sua necessidade e importância como terapia alternativa a um tratamento medicamentoso e de reclusão, favorecendo a inserção, o convívio e os processos de reabilitação psicossocial dos que sofrem com transtornos mentais.

Entretanto, vivemos um processo de desinstitucionalização psiquiátrica²¹ que continua em andamento por aqui e números oficiais indicavam, até 2015, a existência de cento e sessenta e sete²² hospitais psiquiátricos distribuídos em vinte e três estados brasileiros, totalizando quase vinte e seis mil leitos, funcionando ainda aos antigos moldes de internação,

noção de território que busca organizar uma rede de atenção às pessoas que sofrem com transtornos mentais e suas famílias, amigos e interessados.” BRASIL. Op. cit. p. 13, nota 04.

¹⁸ Os PTS são estabelecidos pela Portaria MS/SAS nº 854 de 22 de agosto de 2012.

¹⁹ Dra. Nise da Silveira (1905-1999), psiquiatra que se posicionou contra o eletrochoque, a lobotomia e outros tipos de tratamento considerados desumanos e criadora do Serviço de Terapia Ocupacional do Centro Psiquiátrico Pedro II, no Engenho de Dentro, RJ, que estimulava os internos a variadas atividades artísticas e deixou uma vasta obra sobre a contribuição das artes nos processos de reabilitação psicossocial de seus clientes, como ela chamava.

²⁰ SILVEIRA, Nise da. *O mundo das Imagens*. Rio de Janeiro, 1992. p. 17

²¹ O processo de desinstitucionalização caracteriza-se por implicar novos contextos de vida para as pessoas com transtorno mental, bem como para seus familiares e “pretende mobilizar como atores os sujeitos sociais envolvidos, modificar as relações de poder entre os usuários e as instituições e produzir diversas ações de saúde mental substitutivas à internação no hospital psiquiátrico” (OLIVEIRA; MARTINHAGO; MORAES, 2009, p. 33. Apud. Bezerra da Silva, Ellayne Karoline. Santos Rosa, Lucia Cristina dos. REVISTA KATÁL. Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 252-260, jul./dez. 2014. p.252

²² Dado extraído do documento Saúde mental em Dados 12. BRASIL. Op. cit. p 27, nota 12.

em condição de moradia²³. Somente o Estado de São Paulo, possuiria cinquenta e duas dessas instituições, com mais de nove mil e quinhentos leitos²⁴, o que corresponderia à pelo menos 36% deles em todo o país.

Conforme afirma a Secretaria Estadual de Saúde²⁵ “nos últimos anos houve pouco avanço nessa questão”, pois, um censo oficial realizado no ano de 2014 mostrou que ainda viviam quatro mil quatrocentos e trinta e nove pessoas nesses hospitais em todo o Estado, o que sinalizaria para as resistências e as dificuldades em se cumprir o que está assegurado por lei desde 2001, referindo-se à lei 10.216.

Somente na região de Sorocaba, considerada o maior polo manicomial do Brasil, à época, eram sete deles²⁶; cidade que ficou conhecida nacionalmente pelos inúmeros episódios de violação dos direitos humanos e pelos maus tratos aos internos dessas instituições, que abrigavam mais de dois mil e setecentos moradores naquele período e, ainda hoje, é palco de discussões e controvérsias a respeito dos serviços prestados no município.

O documento afirma ainda que os investimentos em serviços de atenção comunitária, territorial²⁷, como os CAPS, por exemplo, na política de saúde mental tiveram pouca adesão, uma vez que grande parte dos recursos financeiros foi, durante muito tempo, destinada à área hospitalar, destacando a forte resistência da sociedade em incluir essas pessoas em suas comunidades, fora do território asilar, o que expressaria claramente, nas palavras de Pedro Delgado que, “o embate ideológico e de modelos de atenção persiste e a agenda política de defesa dos princípios da lei permanece atual”²⁸.

Por sua vez, avaliações do governo federal registram que houve um redirecionamento de seus investimentos para uma política pública que “busca superar o modelo de saúde

²³ Moradia é termo que os caracteriza como “um grupo de pessoas que — por sua história, por sua condição de saúde em certo momento da vida, pelo abandono, pela singularidade da própria situação, pela dificuldade encontrada em organizar-se socialmente — encontra-se hoje na condição de moradores de hospitais psiquiátricos”. CAYRES, Alina Zoqui de Freitas ... (et al.) *Caminhos para a desinstitucionalização no Estado de São Paulo: censo psicossocial 2014* / organizadoras Alina Zoqui de Freitas Cayres ... [et al.] São Paulo: FUNDAP: Secretaria da Saúde, 2015. p. 9

²⁴ Dado extraído do documento Saúde mental em Dados 12. BRASIL. Op. cit. p 27, nota 12.

²⁵ CAYRES. Op. cit. p. 14, nota 23.

²⁶ Id. p.14.

²⁷ “Os CAPS devem ser territorializados, ou seja, devem estar circunscritos no espaço de convívio social (família, escola, trabalho, igreja etc.) daqueles usuários que os frequentam. Deve ser um serviço que resgate as potencialidades dos recursos comunitários à sua volta, pois todos esses recursos devem ser incluídos nos cuidados em saúde mental. A reinserção social pode se dar a partir do CAPS, mas sempre em direção à comunidade.” BRASIL. Op. cit. p.78, nota 4.

²⁸ DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. *Saúde mental e direitos humanos: 10 anos da Lei n. 10.216/2001. Arquivos Brasileiros de Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 63, n. 2, p. 114-121, 2011. p. 119

centrado nos hospitais”, que hoje receberiam apenas 20,61% desses recursos, enquanto 79,39% das verbas federais são investidas em atenção de base comunitária, o que indicaria, segundo o próprio Ministério da Saúde “o compromisso da gestão federal com a oferta de cuidado diversificada e qualificada, que proporcione o exercício dos direitos civis, acesso ao trabalho, educação, cultura e o fortalecimento dos laços familiares e comunitários” (BRASIL, 2015, p.18).

Além disso, buscando adequar-se aos parâmetros internacionais de atenção à saúde mental²⁹ e melhorar o atendimento³⁰ aos seus usuários, pode-se encontrar nas bases de dados oficiais³¹ inúmeras publicações que visam dar transparência³² a suas ações, como relatórios e censos com números atualizados, diretrizes básicas que orientam a eficácia e a eficiência³³ do serviço, a promoção de conferências e encontros com os envolvidos no contexto, a difusão dos resultados dos debates, o incentivo à pesquisa científica, a atualização de seus canais de comunicação³⁴, bem como, o investimento na formação³⁵ dos trabalhadores em saúde mental,

²⁹ Como, por exemplo, a ampla difusão das orientações da OMS para Políticas Públicas em Saúde Mental por meio de relatórios e estudos, como no capítulo 4 do Relatório Internacional de Saúde Mental, 2001, voltado à Política de Prestação de Serviços de Saúde Mental em que sugere caminhos para implementação dessas políticas como forma de incentivar as melhorias no serviço em todos os países. Organização Mundial da Saúde. *Relatório Mundial da Saúde - Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. 1.ª edição, Lisboa, Abril de 2002. p. 135 – 178.

³⁰ A Lei de Concessões nº 8.987, de 13 de fevereiro de 1995 - dispõe sobre o regime de concessão e permissão da prestação de serviços públicos previsto no artigo 175 da Constituição Federal, tratando de como deve ser um serviço público adequado como aquele que “satisfaz as condições de regularidade, continuidade, eficiência, segurança, atualidade, generalidade, cortesia na sua prestação e modicidade das tarifas.” BRASIL. Lei 8987, 13 fev. 1995.

³¹ Referências aos sites oficiais dos órgãos públicos ligados à saúde mental, como Ministério da Saúde e Secretaria de Saúde de São Paulo, bastante utilizados no levantamento de dados dessa pesquisa como o site www.saude.gov.br, por exemplo.

³² “transparência é uma das estratégias da reforma gerencial do Estado que visa proporcionar governabilidade aos governos, vista como uma forma de constituir maiorias políticas mais sólidas, por meio da divulgação de todos os atos de governo e uma maior informação dos eleitores, com ampla publicação de estatísticas e resultados e que devem acompanhar as reformas de caráter democrático, pois, a transparência efetiva da coisa pública e de sua gestão seria a garantia mais concreta para uma democracia participativa”. BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos. *Reforma do Estado para a Cidadania: a reforma gerencial brasileira na perspectiva internacional*. São Paulo: Ed. 34; Brasília: ENAP, 1998. p. 33-34.

³³ Segundo o IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - o termo “eficácia corresponde ao resultado de um processo, que compreende a orientação metodológica adotada e a atuação estabelecida na consecução de objetivos e metas, em um tempo determinado, e considera o plano, programa ou projeto originalmente composto”. Já “eficiência envolve a comparação das necessidades de atuação com as diretrizes e os objetivos propostos e com o instrumental disponibilizado. É alcançada por meio de procedimentos adotados no desenvolvimento de uma ação ou na resolução de um problema e tem em perspectiva o objeto focalizado e os objetivos e finalidades a serem atingidos.” Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br/observatorio/recursos/96-glossario-de-termos/116-glossario-de-termos>>. Acesso em: 28 ago. 2017.

³⁴ “a reforma gerencial do Estado só é viável se seus princípios forem incorporados pela sociedade e pelos servidores públicos e, desde o início do governo de Fernando Henrique Cardoso, demonstrou-se preocupação em debater os temas com a sociedade, cujo veículo fundamental foi a mídia. Assim, à época, teriam sido levados às

como aponta o Relatório Saúde Mental em Dados, publicado em 2015, pelo Governo Federal, o que representaria melhorias na qualidade e no gerenciamento dos serviços prestados.

No entanto, paira sobre esses Centros de Atenção uma densa nuvem, quando há ainda falta de avaliações sobre eles³⁶, visto que estamos em meio ao processo de consolidação de uma reforma³⁷ psiquiátrica, ainda em curso no Sistema Único de Saúde, o que revela à sociedade brasileira um dilema sobre o qual poucos têm se debruçado para responder: quais os resultados³⁸ alcançados pelas ações promovidas pelos CAPS neste novo modelo de cuidados e atenção à saúde mental que ainda se assenta no Brasil?

Ressalto que minha pesquisa se desenvolve no contexto de uma recente experiência política, social e cultural, de grandes mudanças no sistema psiquiátrico do país, iniciadas apenas nos anos 80, em um território de violência e exclusão, cuja história é marcada por sofrimento e abandono, por interesses econômicos e diferentes discursos oficiais, em um momento de conflito e debates em que se questionam os resultados dessa política pública³⁹ no Brasil.

O interesse pelo tema surge então por volta do ano de 2007 quando cursava, como aluno especial, a disciplina de Identidades e Representações em um curso de pós-graduação

diversas equipes e unidades administrativas do Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado projetos e atividades que envolveriam contato direto com as clientela externas, com a geração permanente de informações. Chama-se atenção especial ao perfil e a segmentação das diferentes clientela atendidas, o que determinaria o melhor formato e o meio de disseminação da informação e que devem ser diferenciados conforme as características de cada segmento, utilizando-se também de veículos como a internet, a publicação de boletins estatísticos, de cadernos temáticos e de revistas”, por exemplo. BRESSER PEREIRA. Op. cit. p. 307, nota 32.

³⁵ Pode-se citar como exemplo o projeto “Caminhos do Cuidado”, as chamadas públicas para o “Projeto Percursos Formativos na RAPS”, a ampliação de vagas para residências em psiquiatria e multiprofissional em saúde mental, além da parceria com universidades para oferta de cursos à distancia em saúde mental. BRASIL. op. cit. p. 34 -38, nota (12)

³⁶ Refiro-me aqui à uma publicação do CREMESP. *Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Estado de São Paulo*. Coordenação Institucional de Mauro Gomes Aranha de Lima. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2010. p.17

³⁷ Em ciências políticas, segundo Bresser Pereira, “quando utilizamos o termo reforma estamos tratando da “Reforma Gerencial da administração pública, que tem início em 1995, está voltada para a afirmação da cidadania no Brasil, por meio da adoção de formas modernas de gestão do Estado brasileiro, que possibilitem atender de forma democrática e eficiente as demandas da sociedade. É uma reforma que, ao fazer uso melhor e mais eficiente dos recursos limitados disponíveis, contribuirá para o desenvolvimento do país e tornará viável uma garantia mais efetiva dos direitos sociais por parte do Estado”, cujo antigo sistema psiquiátrico ainda enfrenta. Op. cit. p. 17, nota 32.

³⁸ Resultados de uma organização seriam “os resultados institucionais obtidos pela organização pública, no exercício de suas principais atividades, de acordo com suas atribuições e áreas de competência.” Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br/observatorio/recursos/96-glossario-de-termos/116-glossario-de-termos>>. Acesso em: 28 ago. 2017.

³⁹ Segundo Leonardo Secchi de forma sintética, “políticas públicas tratam do conteúdo concreto e do conteúdo simbólico de decisões políticas, do seu processo de construção e da atuação dessas decisões”. SECCHI, Leonardo. *Políticas Públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos*. São Paulo: Cengage Learning, 2012. p.11

em História, na Universidade Federal da Grande Dourados, Mato Grosso do Sul, ao mesmo tempo em que trabalhava nos CAPS daquela cidade como educador, participando das discussões e dos encontros semanais promovidos por estes Centros e que reunia os demais profissionais que os compunham – psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, educadores, entre outros.

Seguindo o estabelecido em lei⁴⁰, conforme orientação do próprio Ministério da Saúde, para os grupos com quem trabalhava diariamente eram oferecidas práticas expressivas e comunicativas, em seu PTS, composto por círculos de leitura, encontros para escrita de contos e poesia, oficinas de desenho, pintura e modelagem, cujos objetivos eram “possibilitar a ampliação do repertório comunicativo e expressivo dessas pessoas, estimulando seu processo criativo e promovendo a construção de novos lugares sociais”, bem como, na mesma época criei também o Grupo Teatral Sem Juízo voltado às práticas corporais com o objetivo de favorecer “a percepção corporal, a auto imagem, a coordenação psicomotora, compreendidos como fundamentais ao processo de construção de autonomia, promoção e prevenção em saúde” (BRASIL, 2015, p.10-12).

Essas atividades também tinham o intuito de oportunizar o que a legislação⁴¹ chama de “ações de reabilitação psicossocial, voltadas ao fortalecimento de usuários e de familiares, mediante a criação e o desenvolvimento de iniciativas nos campos da educação e da cultura”, tais como visitas a museus e bibliotecas da cidade, realização de exposições de arte e mostras de seus trabalhos nesses espaços, lançamentos de livros e apresentações de espetáculos teatrais, e que deviam constituir-se como ações promotoras de “articulação com a educação, justiça, assistência social, direitos humanos, entre outros, assim como, articuladas com os recursos comunitários presentes no território” (BRASIL, 2015, p.12).

Para um educador atuante junto à saúde mental, ingressar em um programa de pós-graduação despertou-me o interesse pela pesquisa científica relacionada à vida daqueles com

⁴⁰ Segundo Pacheco “Todo país, seja ele grande ou pequeno, moderno ou atrasado, desenvolvido ou subdesenvolvido, rege-se por algum tipo de lei. O Brasil não é diferente, pois conta com uma variada gama de leis que regulam as relações entre as pessoas, os poderes e os deveres do Estado e dos governantes, os direitos individuais e coletivos, enfim, que disciplinam a vida em sociedade de uma maneira geral. Há várias espécies de leis que integram nosso sistema normativo.” PACHECO, Luciana Botelho. Como se fazem as leis / Luciana Botelho Pacheco [recurso eletrônico]. – 3. ed. – Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2013. P.11.

⁴¹ Segundo a Câmara dos Deputados “a legislação de um estado democrático de direito é originária de processo legislativo que constrói, a partir de uma sucessão de atos, fatos e decisões políticas, econômicas e sociais, um conjunto de leis com valor jurídico, nos planos nacional e internacional, para assegurar estabilidade governamental e segurança jurídica às relações sociais entre cidadãos, instituições e empresas.” Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-mistas/cpcms/normativas/oqueelegislacao.html>>. Acesso em: 28 ago. 2017.

quem convivia cotidianamente, conferindo-me a percepção de que o acesso à arte, por inúmeros fatores, é mesmo essencial à vida humana e também uma de suas necessidades, sobretudo, para grupos em situação de vulnerabilidade ou exclusão social que, em sua maioria, como os usuários dos CAPS, são também arrastados para a pobreza.⁴²

Ao longo dos anos, minha experiência de trabalho desenvolvendo atividades com estes e outros grupos, como jovens em conflitos com a lei, crianças e adolescentes de reservas indígenas, idosos de regiões periféricas de grandes cidades, usuários de álcool e drogas, se intensificou e pude perceber, em diferentes contextos, que a arte, além de uma forma poderosa de estímulo e realização de nosso potencial criativo, é também veículo de expressão de ideias e sentimentos, formadora de hábitos de trabalho, forma de organização do mundo interior, do que está à nossa volta, um meio de sensibilização e uma forma eficiente de educação.

Pode ser ainda meio de acesso a bens e produtos culturais, fator de inserção social, forma de geração de renda e de uma atuação como protagonista em nossa sociedade, ferramenta para o pertencimento à cidade e para a apropriação dos espaços públicos, ou seja, ela exerce uma imensurável contribuição para a garantia da dignidade humana e para o respeito à cidadania dessas pessoas.

Desde 2014, já como pesquisador do Diversitas, dediquei-me aos estudos das referências propostas pelas disciplinas cursadas, tais referências moldam este trabalho em substância e corpo, pois, visto a complexidade do tema e sua própria natureza interdisciplinar, busquei constituir um arcabouço sólido e polifônico, em sintonia com a pesquisa científica no mundo contemporâneo, fundamentado no campo da história, dialogando com outras disciplinas como a antropologia, a filosofia, a ciência política e com especialistas em saúde mental. Essas contribuições devem responder a questões fundantes aqui: em que medida o acesso à arte é uma forma de respeito aos direitos de todo ser humano? Como a prática artística pode garantir cidadania à essas pessoas? Quais são os exemplos bem sucedidos entre arte e saúde mental?

⁴² “A saúde mental tem sido cada vez mais entendida como o produto de múltiplas e complexas interações, que incluem fatores biológicos, psicológicos e sociais. Sendo a pobreza, vista numa perspectiva mais ampla, também aquela que abarca a relação com a doença mental e pode ser entendida como a falta de meios - sociais, econômicos, educacionais - do ponto de vista epidemiológico, a pobreza traduz-se por um baixo nível socioeconômico, privação, más condições de habitação, desemprego, baixa escolarização e falta de coesão familiar, sendo que estes elementos também se associam à doença mental, constituindo fatores de risco.” ALVES, Ana Alexandra Marinho, RODRIGUES Nuno Filipe Reis. *Determinantes sociais e econômicos da Saúde Mental*. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 2010; 28(2): p.127.

A partir disso, considerando a arte - práticas expressivas, comunicativas e corporais – como um dos meios do processo de reabilitação psicossocial, principal forma de tratamento a ser oferecida aos usuários dos CAPS, conforme prega a legislação em vigor, algumas perguntas emergiram: os direitos que lhes são garantidos por lei têm sido plenamente respeitados, ou seja, existem tais atividades sendo realizadas nesses CAPS a compor os PTS de seus usuários? Qual sua contribuição para o convívio e a inserção social dessas pessoas e de seus familiares? É possível destacar os resultados alcançados por elas até agora? Como mensurá-los?

Além disso, se a mesma lei prevê novos parâmetros de atendimento em que se deve oferecer essas atividades diariamente, outras questões surgem imediatamente: quais são as atividades artísticas realizadas pelos CAPS? Quem são os profissionais responsáveis por elas? Há estrutura física e materiais necessários para seu desenvolvimento? Elas realmente estimulam os processos criativos que a arte envolve, tão caros à condição humana? Quem são seus participantes? O que eles podem dizer sobre elas?

Sendo assim, na busca de respostas para esses questionamentos, farei uso de uma metodologia singular para compor a escrita de uma história por meio de duas vertentes: uma teórica - para fundamentar o método utilizado, apresentar dados e documentos oficiais, textos históricos e científicos para explanação de conceitos aqui essenciais; outra empírica - por meio da perspectiva da história vista de baixo, trazendo à tona uma narrativa de minha memória como educador junto à esses grupos de pessoas, assim como, ouvindo atentamente as vozes de quem vive essa realidade hoje, por meio de um trabalho de campo, feito da observação participante dessas atividades e de testemunhos colhidos por meio de entrevistas temáticas com usuários, familiares e trabalhadores desses Centros.

Para as tarefas de escrever e de tratar desse assunto foi necessária uma ampla articulação teórica para pensar uma relação entre passado, presente e horizontes de futuro, para a observação e a interpretação das realidades encontradas, de um olhar e ouvir atentos à captação sensível dos elementos simbólicos que recobrem essa história, cujo passado sombrio ainda ressoa em nossos tempos.

E tratando-se de história como ciência, essa escrita bem poderia ser calcada apenas sobre seu paradigma mais tradicional, visto os aspectos políticos que apresenta; pelos feitos de grandes homens; por ser marcada por acontecimentos importantes e por fatos que podem

ser organizados em tempo cronológico; além de existir uma grande quantidade de documentos oficiais disponíveis para investigação.

Entretanto, meu caminho é outro e, sem dispensar seu caráter político, trata-se de uma escrita guiada por uma nova história⁴³, que de vanguarda se fragmenta em muitas frentes e considera o aparato econômico, social e cultural; que pode ser feita da interpretação de distintas fontes; grafada tanto pela memória pessoal, quanto coletiva; ocupando-se ainda dos aspectos estruturais e das mentalidades que a constitui.

Para isso foi necessário criar um percurso em sete diferentes capítulos que permitissem responder a tais questões e a escrita dessa história, sendo os quatro primeiros de natureza teórica, voltados, sobretudo, ao leitor que tem pouco conhecimento a respeito dos assuntos tratados: 1) “História e Memória: a história vista de baixo” - que visa demonstrar a metodologia utilizada na realização dessa pesquisa que fundada no campo da História estabelece um diálogo essencial com a história oral e a antropologia, tocando ainda outros campos como as ciências políticas. 2) “Criar é viver: arte, direitos humanos e cidadania” busca relacionar estes três elementos, considerando a condição humana e a importância da arte e do estímulo aos processos criativos e à criatividade, bem como, apresenta os conceitos de vulnerabilidade e exclusão social, zonas em que vivem muitos dos usuários dos CAPS. 3) “Loucura: território de violência e exclusão”, por sua vez, destina-se a elaborar um breve panorama sobre a história da loucura no mundo ocidental e no Brasil contemporâneo; trazendo à tona as raízes deste profundo que marca nossa memória e as histórias das pessoas com transtornos mentais. Já 4) “De portas abertas” volta-se à explicar sobre a relação libertadora entre arte e saúde mental, como força poderosa no processo de reabilitação psicossocial da pessoa, abordando traços da história do processo de desinstitucionalização psiquiátrica no país que deu origem aos CAPS, bem como, apresenta dados relevantes sobre a legislação que compõem essa política pública de atenção à saúde mental.

Já os três últimos capítulos possuem natureza empírica e partem das relações com a história e a memória, a antropologia e a história oral. Sendo assim, em 5) “Eu vi, senti: a experiência no CAPS em Dourados – MS” construo uma narrativa sobre minha experiência como educador junto a grupos de usuários dos CAPS entre os anos de 2006 e 2008, cujo relato sobre os muitos anos de trabalho com atividades artísticas e convivência com esses

⁴³ A expressão nova história é bem conhecida pelos historiadores e seus pressupostos serão apresentados no capítulo que trata da metodologia utilizada.

grupos de pessoas é também ilustrado por fotografias, recortes de jornais e materiais impressos à época e pode constituir-se como um testemunho que muito poderá dizer sobre o passado. Em 6) “O cenário do trabalho de campo” apresento o contexto em que a pesquisa se desenvolve, bem como, elaboro um relato das anotações feitas durante o período de observação de uma atividade artística oferecida por um dos CAPS III da cidade de Sorocaba – SP, em julho de 2017 e em 7) “As vozes de quem vive essa realidade” apresento as entrevistas feitas em campo e que devem conferir voz à essas pessoas silenciadas, preciosos registros para a documentação de parte dessa história, vista de baixo.

É importante ressaltar que este trabalho volta-se apenas aos CAPS para usuários adultos com transtornos mentais no município de Sorocaba, que é um dos centros dos debates sobre a desinstitucionalização psiquiátrica no país, o que já é bastante audacioso, visto o delicado momento político que atravessa, considerando ainda que as unidades voltadas à usuários de álcool e drogas ou, para crianças e adolescentes, mereçam estudos específicos, cujos referenciais teóricos, embora possam se aproximar, devam ser muito distintos.

Apresento ainda, nas considerações finais, uma reflexão que visa relacionar todo o caminho percorrido ao longo do trabalho, relacionando as variadas fontes que compuseram essa investigação: a revisão bibliográfica, uma narrativa de minha vivência com o grupo de Dourados – MS e os resultados do trabalho de campo em Sorocaba – SP, assim como, um contraste entre essas experiências, almejando horizontes de futuro.

Portanto, um estudo como este é relevante por nos ajudar a captar elementos significativos desta história, que versa sobre a dimensão e a importância da arte na vida dos usuários dos CAPS, o que muito pode contribuir para legitimar⁴⁴ as formas de cuidado e atenção que devem ser oferecidas por eles, tecer um pequeno recorte da trama desta imensa

⁴⁴ Segundo Bobbio há diferentes níveis do processo de legitimação que “determinam os elementos que se caracterizam como ponto de referência obrigatório para a orientação de indivíduos e grupos, no contexto político”, tratando da ação de grupos e indivíduos e discriminando dois tipos básicos de comportamento: quando o fundamento e os fins do poder são percebidos como compatíveis ou de acordo com o próprio sistema de crenças e quando o agir é orientado para a manutenção dos aspectos básicos da vida política, o comportamento de indivíduos e grupos pode ser definido como legitimação ou quando, ao contrário, o Estado é percebido, na sua estrutura e nos seus fins, como estando em contradição com o próprio sistema de crenças, e se este julgamento negativo se transformar numa ação que busque modificar os aspectos básicos da vida política, então este comportamento poderá ser definido como contestação da Legitimidade.”Bobbio, Norberto. Dicionário de política / Norberto Bobbio, Nicola Matteucci e Gianfranco Pasquino; trad. Carmen C. Varriale et al.; coord. trad. João Ferreira; rev. geral João Ferreira e Luis Guerreiro Pinto Cacaís. - Brasília : Editora Universidade de Brasília, 1ª ed., 1998. p. 675-677.

colcha de retalhos que é a história da loucura em nosso país, bem como, revelar uma experiência “vista de baixo”, ouvindo as vozes de quem vive essa realidade, registrando sua memória e, quiçá, contribuindo para avaliações da política pública para a saúde mental no país, sobretudo, no tocante à arte e seus relevantes benefícios para os processos de reabilitação psicossocial de seus usuários, como forma de respeito aos direitos humanos e garantia de cidadania para todos aqueles que necessitam e se utilizam desse serviço público no Brasil.

Capítulo 1 – História e Memória: a história vista de baixo

“Devemos trabalhar de forma que a memória coletiva sirva para a libertação e não para a servidão dos homens.”

Jacques Le Goff

As escolhas metodológicas foram importantes na realização desse estudo e dedico este primeiro capítulo à explanação sobre o método utilizado nessa pesquisa, em que a metodologia para investigação é tanto teórica, quanto empírica e fundamenta-se no campo da História, sobretudo, nos pressupostos de Jacques Le Goff, encontrados em seu *História e Memória*⁴⁵ e de Peter Burke com *A Escrita da História*⁴⁶.

Na seara da história buscará perceber no presente as ressonâncias do passado, ao mesmo tempo em que almeja horizontes de futuro, trabalho que pode contribuir para o desenvolvimento das diretrizes⁴⁷ que guiam esse serviço público de atenção à saúde mental ou, até mesmo, para uma avaliação dos serviços prestados.

Seus resultados também poderão ser considerados como uma contribuição à história da loucura em nosso país, pois, carregam aspectos tanto políticos, quanto sociais e culturais, oferecendo elementos para pintar um quadro sobre a realidade presente desse grupo de

⁴⁵ LE GOFF, Jacques. *História e Memória*. Campinas: Editora UNICAMP, 2005. 541 p.

⁴⁶ BURKE, Peter. *A Escrita da História*. São Paulo. UNESP, 1992. 354 p.

⁴⁷ Tendo como princípio que o termo “diretrizes” corresponde à um conjunto de orientações, normas e critérios que determinam e direcionam o desenvolvimento de certa atuação ou de procedimentos, a ABP apresenta um conjunto delas, que leva em conta a realidade do país e as necessidades da população, observando o que preceitua a Lei 10.216/2001, “que contempla a integralidade na assistência em saúde mental, assim como a Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 2.057/2013, propondo diretrizes para um modelo de assistência integral que possa ser aperfeiçoado continuamente na busca do ideal. Tais propostas se dão por meio de três diferentes níveis – primário, secundário e terciários – guiadas por princípios éticos, científicos e filosóficos que levam em consideração: a promoção dos direitos humanos dos indivíduos com transtorno mental e seus familiares; Ética, que é o respeito para com a conceitualização da psiquiatria e do transtorno mental; Ética da responsabilidade do psiquiatra com relação ao direito, tratamento e sigilo sobre o paciente que é doente mental; Ética, que deve sempre educar para a diminuição do estigma em relação ao doente mental e suas repercussões; Garantia do direito do doente mental e seus familiares à saúde integral, com acesso às melhores terapêuticas disponíveis fundamentadas em evidências científicas; Promoção da participação do usuário do serviço e seus familiares na avaliação do modelo terapêutico aplicável, assim como estimulação da supervisão e avaliação constantes; Defesa da adequada destinação de recursos financeiros para qualificar a assistência; Influência sobre políticas e elaboração de leis.” Associação Brasileira de Psiquiatria. *Diretrizes para um Modelo de Atenção Integral em Saúde Mental no Brasil*. Rio de Janeiro, 2014. p. 6 -7.

pessoas, para registro dessa memória, dando continuidade à sua escrita, bem como, pode constituir-se como um documento que tem como perspectiva as atividades artísticas desenvolvidas nos CAPS como estratégias importantes a favor da reabilitação psicossocial de seus usuários, neste novo modelo de cuidados e atenção às pessoas com transtornos mentais que se expande pelo território nacional.

Sendo assim, a ciência histórica compreende um esforço científico que busca descrever e interpretar a história vivida das sociedades humanas, tratando-se então de uma pesquisa sobre a vida do homem, suas relações com o ambiente, sobre os eventos e sua temporalidade, cujo substrato será extraído, sobretudo, dos ensinamentos de Le Goff, cujos postulados serão preciosos na construção desse trabalho, considerando aspectos tanto de seu paradigma mais tradicional, quanto de suas novas abordagens, como ensina Burke.

Como um recorte dessa história, há de ser relevante o fato de que não pode haver uma história geral, mas que ela hoje se fragmenta em “muitas variedades e é mais regional”, afirma Burke (1992, p.9), bem como, “pode se associar à outras disciplinas”, como a antropologia, a sociologia, à saúde, por exemplo, estabelecendo um diálogo com elas, como é o caso desse trabalho.

Para tanto, será preciso considerar algumas das características que a tornam tão distinta de outras ciências, como as exatas e as naturais, por exemplo, pois, a palavra “história” possuiria gênese em várias culturas diferentes e “há pelo menos três conceitos distintos para ela”. Em todas as línguas românicas e em inglês, vem do grego *historie*, cuja forma derivaria da raiz indo europeia *wid-*, *weid-*, ver, daí em Sânscrito, *vettas*, testemunha, e o grego *histor*, “configurando-a como uma acepção de testemunha no sentido de aquele que vê”, nos ensina Le Goff (2005, p.18).

Segundo ele essa concepção da visão como fonte essencial da ciência histórica, como fonte de conhecimento, nos levaria a crer que “aquele que vê” também é “aquele que sabe”, pois, “*historein*”, em grego antigo, significaria ainda “procurar saber”, “informar-se”, no sentido de investigação, como utilizada em Heródoto⁴⁸.

Diferentemente da matemática ou da biologia, em que a realidade não é nem construída nem observada, ela define-se sobre uma realidade sobre a qual se testemunha e se indaga, começa sua trajetória científica como um “relato, uma narração daquele que pode

⁴⁸ Le Goff nos ensina que “Heródoto, na Antiguidade grega, século V a. C., seria senão o primeiro historiador, pelo menos o pai da História.” LE GOFF. Op. cit. p. 9, nota 45.

dizer, eu vi, senti”, conforme pregava o historiador grego. Além disso, ele afirma também que, embora sofra críticas daqueles que preferem a explicação à narração, a história-relato ou história testemunho, como ele classifica, vê hoje seu renascimento, ligada à mídia, ao surgimento de jornalistas entre os historiadores e ao desenvolvimento de uma “história imediata” (LE GOFF, 2005, p.9).

Logo, esses ensinamentos essenciais convergem com os caminhos que escolhi para desenvolver essa pesquisa: em um primeiro momento a construção de uma narrativa que apresente a memória de minha experiência como educador junto a grupos de frequentadores dos CAPS de Dourados – MS. No segundo, observando as práticas cotidianas, colhendo testemunhos por meio de entrevistas e realizando a interpretação das observações feitas durante o trabalho de campo, em um relato sobre esse período com grupos de pessoas ligadas ao serviço em Sorocaba – SP, o que poderá revelar semelhanças e contrastes entre as experiências vividas e as realidades observadas.

“Eu vi, senti” é expressão que me ajuda a justificar a escolha pelo uso de primeira pessoa neste texto científico, por vezes “eu”, por vezes “nós”, ou ainda o uso de interlocuções, por tratar-se de algo vivido, experienciado, em dois diferentes momentos dessa história, entre os anos de 2006 e 2008 e, mais recentemente, em 2017. No primeiro uma narrativa organizada das memórias do período em que atuei como educador junto à grupos de usuários dos CAPS e tive meus primeiros contatos com a problemática. No segundo, um relato constituído de interpretações de um pesquisador já mais experiente, devidamente instrumentalizado, com um arcabouço de conhecimentos sobre o tema, de posse de um método de investigação e equipado com os instrumentos necessários – caderno de campo, máquina fotográfica e gravador de áudio, além, é claro, dos testemunhos e das vozes de quem vive essa realidade.

O autor nos traz ainda que nas línguas românicas, o termo exprimiria pelo menos três conceitos distintos, a saber: “uma procura das ações realizadas pelos homens; seu objeto de procura é o que os homens realizaram ou, ainda, uma narração” (LE GOFF, 2005, p.18). Esses fundamentos tão vivos da ciência histórica devem respaldar essa construção - que deve ter por base a realidade histórica, “sem nenhuma vinculação política ou ideológica, devendo caminhar na direção de uma maior imparcialidade”, em conformidade com seus pressupostos.

Há de se destacar também que a história “é a ciência dos homens no tempo”, como defendia Marc Bloch (BLOCH. apud. LE GOFF, 2005, p.23) admitindo que, em primeiro

lugar, um dos caracteres da história é o caráter humano, em que os homens têm objetivos, fins e intenções, o que nos leva a pensar que parte central da história é seu aspecto social, bem como, ele ainda acrescenta: “a história tem como objeto o estudo do homem, enquanto integrado em um grupo social”. Febvre (FEBVRE. apud. LE GOFF, 2003, p.24) também reforça: “nunca o homem, mas as sociedades humanas, os grupos organizados”. Sendo assim, Morazé (MORAZÉ, apud. LE GOFF, 2005, p.19) pondera que:

Devemos procurar para além da geopolítica, do comércio, das artes e da própria ciência, aquilo que justifica a atitude de obscura certeza dos homens que se unem, arrastados pelo enorme fluxo do progresso que os especifica. Sente-se que esta solidariedade está ligada à existência implícita, que cada um experimenta em si, numa certa função comum a todos. Chamamos a esta função de historicidade.

É no conceito de historicidade, como função ou categoria do real, utilizado pela primeira vez pelo francês Charles Morazé, em 1872, é que se funda, na metade do século XX, uma renovação epistemológica na área, que permite aos estudiosos refutarem a ideia de uma “sociedade sem história”, bem como, obriga a inserir a própria história numa perspectiva histórica: “Há uma historicidade da história que implica o movimento que liga uma prática interpretativa a uma práxis social”, segundo Certeau (CERTEAU. apud. LE GOFF, 2005, p.19).

Paul Veyne (VEYNE. apud. LE GOFF, 2005, p. 20) também tiraria desse conceito uma dupla lição: “a historicidade nos permite a inclusão, no campo da ciência histórica, de novos objetos da história, trata-se de acontecimentos ainda não reconhecidos como tais – história rural, das mentalidades ou da loucura”, por exemplo.

Isso muito contribui para a afirmação de que esse trabalho pode ser um fragmento dessa história da loucura que se desenrola agora diante de nós, em um processo de desinstitucionalização psiquiátrica ainda vigente, que derruba os muros dos antigos manicômios ao mesmo tempo em que constrói um novo modelo de atenção e cuidados à saúde mental no país, pois, segundo o filósofo Ricoeur, seria “sempre na fronteira da história, no fim da história que se compreendem os traços mais gerais de historicidade” (RICOEUR. apud. LE GOFF, 2005, p.20).

Desse modo, sendo ela uma prática interpretativa, outro de seus pilares, busco analisar e relacionar os documentos oficiais apresentados com a prática social, tanto por meio de

minha memória como educador junto a estes grupos, quanto pelos testemunhos de pessoas ligadas a estes Centros, buscando elementos simbólicos e hábitos comuns a todos, que os uniria em sua experiência, em sua historicidade, no momento presente. Assim, a importante noção de hábito empregada por Pierre Bourdieu (BOURDIEU. apud. BURKE, 1992, p.34) deverá fundamentar essa busca, pois, ele ensina que o “hábito” de um grupo é:

[...] a propensão de seus membros para selecionar respostas de um repertório cultural, de acordo com as demandas de uma determinada situação ou de um determinado campo. Diferentemente do conceito de regras, o hábito tem a grande vantagem de permitir que seus usuários reconheçam a extensão da liberdade individual dentro de certos limites estabelecidos pela cultura.

Não posso deixar de mencionar também, de Bourdieu⁴⁹ (1998, p.10), o conceito de poder simbólico, como “instrumentos por excelência da integração social: enquanto instrumentos de conhecimento e de comunicação que tornam possível o consensus acerca do sentido do mundo social que contribui fundamentalmente para a reprodução da ordem social”, o que oferece uma visão daquilo que devo buscar nessa tarefa, devendo implicar também no momento das reflexões finais, no momento da textualização, quando esses elementos deverão emergir definitivamente.

Por outro lado, a necessidade de explicação histórica coloca outra questão: a dos documentos escritos, que ao longo do tempo ocuparam lugar de destaque nessa ciência, sendo reunidos e feitos de verdadeiros testemunhos, cuja constituição de bibliotecas e de arquivos pode fornecer muitos materiais para essa história.

Mesmo considerando que eles não devem ser tratados como um “material bruto, objetivo e inocente”, mas como documentos que podem exprimir o “poder da sociedade do passado sobre a memória e o futuro”, como ensina Le Goff (2005, p. 9-10), muitos dos dados utilizados aqui foram extraídos de veículos oficiais de informação, de órgãos governamentais e não governamentais como Ministério da Saúde, Secretaria de Saúde de São Paulo e Organização Mundial da Saúde – OMS, Conselho de Medicina de São Paulo – CREMESP, por exemplo, além da legislação sobre o assunto, vistos sempre com um olhar que os indaga frente à realidade.

O autor (LE GOFF, 2005, p.10) diz ainda que essa área hoje é mais abrangente, chegando até mesmo “à palavra e ao gesto, arquivos orais, etnotextos, estatísticas, fotografias

⁴⁹ BOURDIEU, Pierre. *Economia das trocas linguísticas*. São Paulo: EDUSP, 1998.

e filmes e,até mesmo, pinturas”. Apropriado disso, nessa investigação me utilizo também de periódicos impressos e eletrônicos, narrativas de minhas memórias sobre o vivido, fotografias, entrevistas gravadas em áudio, bem como, observações e anotações em um caderno de campo.

Há ainda um vasto referencial teórico e uma grande quantidade de fontes e documentos a serem investigados e que podem nos ajudar na captação dos elementos sensíveis a essa história, tornando-a uma pesquisa verdadeiramente científica e não um mero relato, considerando os dizeres de Le Goff (2005, p.10) sobre a “possibilidade de uma leitura racional à posteriori da história, o reconhecimento de certas regularidades em seu decurso e a elaboração de modelos que excluem um modelo único – aqui sobre a “influência da etnologia e da sensibilidade para as diferenças e para o outro”, que deve me guiar nesse trabalho, tanto em seu aspecto teórico, quanto empírico.

Essa pesquisa pode ser também o reconhecimento de “realidades históricas negligenciadas”, que devem vir à luz, conferindo voz a esses sujeitos esquecidos e marginalizados, com pleno intuito de transformação do mundo. Pois, se a história é ainda uma “prática social” (CERTEAU. apud. LE GOFF, 2005, p.11) o trabalho de convivência com grupos de pessoas, cuja história ainda não é reconhecida, mas que, no entanto, possui historicidade, deve buscar a identificação de elementos simbólicos e hábitos no interior dessa realidade, sendo capaz de confrontar as representações históricas com a realidade que elas representam, que se dará por meio da oposição entre a ideologia política e a práxis, ou seja, do estudo dos documentos oficiais, do que se prega e se legisla, e da observação das práticas dos usuários dos serviços em saúde mental, como sugere o autor.

Outra matéria fundamental é a noção de “tempo” que aqui correrá em dois sentidos: um cronológico, outro da memória. A cronologia desempenhará um papel essencial como fio condutor dessa escrita, cujo instrumento principal é o calendário, “produto máximo de expressão da história” (LE GOFF, 2005, p.12), pois, atento ao autor destaco que à história estão intimamente relacionados a definição de pontos de partida cronológicos e a busca de uma periodização desse tempo.

O tempo marcado de forma cronológica se faz presente nesse estudo, visto a necessidade de se recuperar um quinhão da história da loucura no mundo ocidental, para que se possa ouvir com clareza suas ressonâncias, por meio da elaboração de um painel histórico sobre a fundação da loucura no território da violência e da exclusão, com início na Europa Medieval até chegarmos aos tristes exemplos do Brasil contemporâneo.

Concomitantemente ao tempo cronológico, me utilizarei também da noção de “tempo vivido, de tempos múltiplos e relativos, subjetivos e simbólicos, quando o tempo histórico se encontra sofisticadamente com a memória, que atravessa a história e a alimenta” (LE GOFF, 2005, p.13), em duas frentes: a partir de uma narrativa de minha experiência pessoal, de um relato que contenha uma interpretação das observações feitas em campo e dos testemunhos de pessoas que vivem essa realidade cotidianamente.

Ainda sobre o tempo, é importante ressaltar que “o interesse pelo passado está em esclarecer o presente”, como ensina o método regressivo de Bloch (BLOCH. apud. LE GOFF, 2005, p.13), em que o passado é atingido a partir do presente, “não como um dado natural”, mas, como uma construção, que não é estática, ao contrário, é dinâmica.

Esse dinamismo refere-se à uma nova concepção de tempo histórico, sobretudo em pressupostos defendidos por Bloch e Febvre, em 1929, pela revista *Annales* (LE GOFF, 2005, p.15), em que a história seria feita em ritmos diferentes e uma das tarefas de um historiador seria “reconhecer esses ritmos”, em que o mais importante “seria o nível mais profundo das realidades que mudam devagar” – as estruturas – na geografia, na cultura material, nas mentalidades, sentido que também deverá percorrer este estudo.

Daí, segundo ele, considerando os diversos estruturalismos, a escrita da história pode ser frutífera sob as seguintes condições: “não esquecer que as estruturas por ela estudadas são dinâmicas e se aplicar certos métodos estruturalistas ao estudo dos documentos históricos, à análise dos textos, não à explicação propriamente dita, sendo ela uma ciência da mutação, da explicação da mudança” (LE GOFF, 2005, p.15).

Sendo assim, deve-se considerar que o processo de desinstitucionalização psiquiátrica está em curso no país, logo a afirmação de Le Goff contribui para a defesa da necessidade de uma pesquisa como esta, que se apresenta em um momento de transição, de reformas e também de conflitos na área da saúde mental.

Recuperar parte da História da Loucura, em sua fundação no território da violência e da exclusão, pode nos ajudar a compreender ressonâncias do passado que ecoam hoje em um contexto de mudanças profundas nos modelos de atenção à saúde mental, conforme o que apregoava Benedetto Croce (CROCE. apud. LE GOFF, 2005, p.24) “toda história é contemporânea”, o que implicaria na afirmação de que ecos do passado ainda ressoam no presente, partindo de seu postulado: “por mais afastados no tempo que pareçam os

acontecimentos de que trata, na realidade, a história liga-se às necessidades e situações presentes nas quais esses acontecimentos tem ressonância”.

Sendo o passado passível de uma construção e reinterpretação constante, ele possui também um futuro, que seria parte integrante e significativa da história, diz Le Goff, pois, à essa relação essencial presente-passado devemos acrescentar ainda um horizonte de futuro: “novas leituras de documentos, frutos de um presente que nascerá no futuro, devem assegurar também ao passado uma sobrevivência – ou melhor, uma vida – que deixa de ser definitivamente passado”, (LE GOFF, 2005, p.25), daí a importância de se relacionar os documentos oficiais à realidade encontrada, bem como, de se registrar esses testemunhos como forma de documentação dessa memória.

Se por um lado se colocaram os fundamentos do fazer científico em história, por outro, também devemos considerar aqui alguns aspectos sobre sua escrita encontrados em Peter Burke e que devem esclarecer os muitos meandros desse exercício que se põe no campo de uma nova história⁵⁰, o que nos permite considerar também elementos de seu paradigma mais tradicional.

Tal paradigma na escrita da história estaria ligado a uma “história rankeana”, que se refere ao célebre historiador alemão Leopold von Ranke (1795 – 1886), que “com muita frequência é considerado como a maneira de se fazer história, ao invés de ser percebido como uma dentre as várias abordagens possíveis do passado”, assinala Burke (1992, p.10). Nele a história é essencialmente política, trata-se de uma narrativa dos acontecimentos, dos feitos de grandes homens, oferece uma visão de cima, deve ser baseada em documentos e registros oficiais, utiliza um modelo de explicação centrado nas ações do indivíduo, sendo, ainda, considerada objetiva.

Já a nova história, apresentada por nomes como Bloch, Febvre e Braudel⁵¹, por exemplo, mostra-se como uma reação deliberada contra essa tradição, caracterizada por uma história estrutural, “totale”, nos apresentando uma variedade de abordagens diferenciadas para sua concepção, que aqui serão amplamente utilizadas, visto suas afinidades, pois, volta-se

⁵⁰ A expressão nova história é bem mais conhecida na França. “La nouvelle histoire” é o título de uma coleção de ensaios editada pelo renomado medievalista francês Jacques Le Goff. Mais exatamente, é a história associada à chamada École des Annales, agrupada em torno da Revista Annales: économies, sociétés, civilisations. BURKE, Op. cit. p.9, nota 46.

⁵¹ Marc Bloch (1886-1994) e Lucien Febvre (1878-1956) são os dois grandes fundadores da Escola dos Annales. Fernand Braudel (1902 – 1985) o grande arquiteto que consolida o movimento e que o estrutura como instituição definitiva, na geração seguinte. BARROS, José D’Assunção. *Teoria da História – Volume V – A Escola dos Annales e a Nova História*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012. p. 21

para toda a atividade humana e preocupa-se mais com a análise das estruturas, pode ser vista de baixo, admite uma maior variedade de evidências ou fontes, volta-se aos movimentos coletivos e às tendências e, por fim, considera ainda a existência de um relativismo cultural (BURKE, 1992, p.7 – 37).

Tradicionalmente a história dizia respeito à política, ligada, sobretudo, ao Estado, configurando-se mais como nacional e internacional, que regional, excluindo instituições como a própria igreja, considerando áreas como a história da arte ou da ciência como periféricas aos interesses dos verdadeiros historiadores, ele nos ensina.

Por sua vez a nova história preocupa-se com toda atividade humana, pois, “tudo tem uma história”, dizia o cientista Haldane (HALDANE. apud. BURKE, 1992, p.11), isto é, “tudo tem um passado que em princípio pode ser reconstruído e relacionado ao restante do passado”, originando a expressão “história total”, cara aos seguidores da Annales.

Isso fragmentou a história em muitas partes e, segundo Burke (1992, p.11), o que era imutável tornou-se uma “construção cultural, sujeita a variações no tempo e no espaço”, dando lugar a temas que se pensava não possuírem história, dentre eles, a loucura, “tendo como base filosófica a ideia de que a realidade social é culturalmente construída” – uma forma de relativismo cultural que também destruiu a “ideia do que é periférico e do que é central na história”.

Além de se relacionar com o restante da história, realizar um estudo sobre as atividades artísticas realizadas pelos CAPS pode revelar muitos aspectos sociais e culturais desse cotidiano, mesmo sendo ele apenas um pequeno recorte dessa história, é capaz de estabelecer relação entre os documentos oficiais e a realidade vivida e observada, conferindo importância a ela, retirando-a da marginalidade.

Entretanto, ela vem impregnada pelo caráter político, visto que a guarda, os cuidados e a atenção às pessoas com transtornos mentais sempre foram, de alguma maneira, preocupação de governantes e Estados, sendo hoje sua obrigatoriedade, devendo prestar aos seus cidadãos um atendimento humanizado, segundo premissas instauradas internacionalmente e por uma legislação que foi e continua sendo construída e aprimorada em nosso país.

Essas leis serão aqui necessárias e seus documentos oficiais servirão como fundamentos, emprestando-me conceitos, bem como, dados estatísticos importantes, que corroboram a necessidade deste estudo, além disso, tal caráter político é trazido à tona o tempo todo quando investigamos a história da loucura ao longo do tempo.

O uso de documentos oficiais e da legislação que implementa os CAPS é essencial para explicar como eles são constituídos, quais suas atribuições e objetivos, bem como, demonstrar quem são os usuários que devem receber atendimento cotidianamente no serviço, o que ressalta seu aspecto político, sendo possível afirmar que as ciências que estudam a loucura e as ciências políticas muito dialogam e, suas histórias se entrecruzam, cuja relação geraria uma quantidade inesgotável de dissertações e teses no campo dos estudos em gestão de políticas públicas.

E, como são variados os aspectos políticos dessa história, compreender os CAPS e seu funcionamento como fruto de políticas públicas estabelecidas por uma legislação em vigor nos leva diretamente ao diálogo com as ciências políticas. Sendo assim, foi preciso apresentar, ao longo desse trabalho, conceitos e noções necessárias aos assuntos dessa área e ressaltar o manuseio de uma bibliografia de autores desse campo, que possam esclarecer os verbetes utilizados nessa pesquisa, destacando que seus significados foram inseridos nas notas de rodapé à medida que surgiram no texto.

Sendo assim, dedicado à experiência pessoal e coletiva de quem vive essa realidade, muito poderá contribuir para uma posterior elaboração de indicadores de desempenho⁵² voltados à avaliação dos CAPS, que podem tornar-se mais amplos e participativos, se contar com os envolvidos no processo, podendo funcionar como um excelente instrumento de investigação, avaliação e controle⁵³ de seus resultados.

Segundo Pollit e Bouckaert⁵⁴ (2011, p.189) “tratar de resultados de uma política pública é uma tarefa difícil e complexa”, pois, sua medição pode ser aplicada em diferentes aspectos e incorporar uma variedade de conceitos. “A população pode demorar a percebê-los frente à determinada política pública”, já os experts podem perceber diferenças sutis que muitos cidadãos e políticos podem não perceber. “Questões concretas, mas, em se tratando de reformas da gestão pública podem ser uma exceção à regra...”, dizem os autores, pois, elas

⁵² Segundo Bresser Pereira “Indicadores de desempenho são expressos em unidades de medida que sejam mais significativas para aqueles que vão utilizá-los, seja para fins de avaliação seja para subsidiar a tomada de decisão com base na informação por eles geradas. Um indicador de desempenho é composto por um número, ou percentual, que indica a magnitude (quanto), e uma unidade de medida, que dá ao número ou percentual um significado (o quê).” BRESSER. Op. cit. p. 230, nota 32.

⁵³ Bresser Pereira nos ensina que “toda sociedade, para se coordenar, usa um conjunto de mecanismos de controle ou de coordenação, que podem ser organizados e classificados de muitas maneiras” e que a partir de uma perspectiva institucional pode-se afirmar que existem três mecanismos de controle fundamentais: o Estado, o mercado e a sociedade civil” e que cada um desempenharia formas de controle distintas. BRESSER. Op. cit. p.139, nota 32.

⁵⁴ POLLIT, Christopher & BOUKAERT, Geert. *Public Management Reform: a comparative analysis*. Oxford: Oxford University, 2004. 345p

nos conduzem a uma discussão mais ampla sobre as dificuldades de encontrar, medir e interpretar tais resultados, em que se deve discutir também quais são os tipos de resultados esperados e a forma de acesso a eles.

Nesse sentido, em outro momento, caberiam perguntas como: quais foram os resultados obtidos por essa política pública? Houve sucesso? Alcançaram-se os objetivos? Quais os resultados obtidos até agora? Qual o grau de satisfação dos usuários?

Outro elemento importante é que a nova história, no parecer de Fernand Braudel, preocupa-se mais com “a análise das estruturas, mudanças econômicas e sociais de longo prazo” (BRAUDEL. apud. BURKE, 1992, p.12), do que com a narrativa dos acontecimentos, mesmo considerando que elas hoje “não são tão facilmente rejeitadas”. Esse ponto também me é convergente, visto que parte dessa pesquisa é composta por narrativas de minha memória e de testemunhos colhidos por pessoas ligadas ao serviço.

Talvez aqui o pressuposto mais importante em relação ao paradigma tradicional, que considerava apenas a “história vista de cima”, valorizando os “feitos dos grandes homens, estadistas, generais ou eclesiásticos”, em que aos demais era relegado um papel secundário no “drama da história”, como diz Burke (1992, p. 12-13), é a preocupação com uma “história vista de baixo”⁵⁵, com as opiniões das pessoas comuns e sua experiência da mudança social. Outro destaque aqui é necessário, pois, todo esse trabalho é elaborado a partir dessas experiências, a minha e a dos usuários, familiares e trabalhadores dos CAPS com quem convivi e de quem colhi testemunhos.

Se mais preocupada com um maior número de atividades humanas está a nova história, uma “maior variedade de evidências” devem ser examinadas diz Burke (1992, p.13), o que ampliou muito o campo das referências para a investigação, considerando o uso de fontes orais, visuais, dados estatísticos, entre outras. Nessa pesquisa isso foi primordial, pois, me utilizo dessas fontes, bem como, de recortes de jornais impressos, eletrônicos e materiais gráficos diversos, como livros publicados e convites de exposições realizadas pelos CAPS onde trabalhei, por exemplo.

Ainda, por tradição o modelo de explicação histórica era baseado nos questionamentos a respeito das ações individuais, sobre as intenções e objetivos de uma determinada personagem da história em determinado acontecimento, já a nova história não deixaria de lado

⁵⁵ É preciso considerar que um dos mais importantes historiadores do século XX, o inglês Edward Palmer Thompson, marca o uso dessa expressão já na década de 60, mas que, no entanto, o referencial utilizado aqui vem dos estudos inspirados pelos historiadores franceses da Nova História.

esses elementos, mas, considera também, os movimentos coletivos e as tendências. Pois, segundo Burke (1992, p.31-32):

Giovani Levi em seu ensaio sobre a micro-história sugere que os modelos mais atraentes são aqueles que enfatizam a liberdade de escolhas das pessoas comuns, suas estratégias, sua capacidade de explorar as inconsistências ou incoerências dos sistemas sociais e políticos, para encontrar brechas em que consigam sobreviver.

Isso se presentifica aqui se considerarmos que essa história será contada por pessoas inseridas nessa realidade, tanto pela observação e interpretação das atividades de seu cotidiano nos CAPS, quanto transcrevendo seus testemunhos, em que poderemos identificar seus hábitos, que poderão expressar muito sobre sua mentalidade e sobre determinadas tendências de nosso tempo.

Além disso, as mudanças acontecem gradualmente no sistema psiquiátrico brasileiro e, há décadas, atores e forças diversas compõem um movimento nacional de luta antimanicomial, do qual muitas vezes participei e que continua a trabalhar a favor das melhorias dos serviços em saúde mental, cuja história é perpassada por relações de poder⁵⁶ e contá-la pode ajudar a esboçar um pouco sobre o momento atual dos cuidados e da atenção nessa área no Brasil, considerando a visão de todos os envolvidos nessa pesquisa.

E, finalmente, esse paradigma considerava apenas que a história deveria ser objetiva, apresentando aos leitores os fatos, “como eles realmente aconteceram”, diria Ranke (RANKE. apud. BURKE, 1992, p. 15), desconsiderando o chamado relativismo cultural, que nos dá a ideia de que quando olhamos para o passado, o fazemos de um ponto de vista particular, pois, nossas mentes não refletiriam diretamente a realidade, pois, “percebemos o mundo a partir de convenções, esquemas e estereótipos, que variam de acordo com a cultura”, ele reforça.

O que justifica o fato de que apresentarei dois diferentes momentos dessas experiências em um universo que estou mergulhado há anos – a primeira uma narrativa de minhas memórias como trabalhador atuante junto à saúde mental e aos usuários dos CAPS, a segunda, como resultado do trabalho de campo de um pesquisador, que contará com uma

⁵⁶ Trata-se (...) de captar o poder em suas extremidades, em suas últimas ramificações lá onde ele se torna capilar, captar o poder nas suas formas e instituições mais regionais e locais, principalmente no ponto em que, ultrapassando as regras de direito que o organizam e delimitam, ele se prolonga, penetra em instituições, corporifica-se em técnicas e se mune de instrumentos de intervenção material, eventualmente violento. (FOUCAULT. Microfísica do Poder. 1979, p.182)

interpretação dos dados coletados, das observações feitas e das entrevistas realizadas com os principais envolvidos nesse contexto, expressando um gesto de “heteroglossia”, ou seja, abrindo-se para “vozes variadas e opostas” (BURKE, 1992, p.15).

É preciso ressaltar que essa narrativa não deverá ser inocente, ou construída sobre uma sequência de fatos e pelas intenções de suas personagens, ela deverá integrar-se “à análise de uma relação mais intimamente ligada aos acontecimentos locais e às mudanças estruturais na sociedade” como ele também nos ensina, reconhecendo os “acontecimentos e seu lugar no processo de estruturação”, dentro de uma determinada cultura, revelando como ele mesmo chama, “pontos de vista múltiplos” (BURKE, 1992, p.12).

Tal perspectiva deverá nos ajudar a compreender como a arte pode proporcionar cidadania para essas pessoas contínua e historicamente marginalizadas e excluídas, como ela pode beneficiá-los em seus processos de reabilitação psicossocial, em respeito aos seus direitos como seres humanos, vindo a contribuir para a sua inserção e de seus familiares em suas comunidades, sendo capaz de construir novos significados para sua experiência de vida e para o mundo que os cerca.

Para trazer à superfície as raízes profundas da marginalização imposta a essas pessoas é crucial abordar a história da loucura em sua fundação nos territórios da violência e da exclusão, dos antigos leprosários aos primeiros hospitais para insanos na Idade Média, da criação das instituições manicomiais na Europa do século XVIII à adoção desse modelo de horror e maus tratos no Brasil em fins do século XIX, pelas forças sociais e políticas nacionais e internacionais organizadas nas modernas sociedades ocidentais em prol dos direitos humanos a partir da segunda metade do século XX, até chegarmos à contemporaneidade, à implantação de um novo modelo de atenção e cuidados aos que sofrem em condição de sua saúde mental, representado pelos CAPS espalhados por todo o país.

Para tanto, será fundamental a História da Loucura na Idade Clássica⁵⁷ de Michel Foucault, além de referências extraídas de textos de Paulo Amarante⁵⁸, Franco Basaglia e Nise

⁵⁷ FOUCAULT, Michel. *História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1978. 608 p.

⁵⁸ Paulo Amarante especializou-se em psiquiatria e se tornou um dos pioneiros do movimento brasileiro de reforma psiquiátrica. Foi Presidente Nacional do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), do qual é ainda Editor da Revista Saúde em Debate. Foi representante eleito do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial na Comissão Intersetorial de Saúde Mental do Conselho Nacional de Saúde. É Mestre em Medicina Social, Doutor em Saúde Pública com Estágio de Doutorado em Trieste (Itália) sob supervisão de Franco Rotelli. Fez estágio de Pós-doutorado em Imola (Itália) sob a supervisão de Ernesto Veturini. É Doutor Honoris causa da Universidade Popular das Madres da Plaza de Mayo. É autor e organizador de vários livros, dentre eles "Loucos pela vida – A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil". É Coordenador do Grupo de

da Silveira, como contribuições na tarefa de uma educação para a diminuição do estigma e suas repercussões em relação aos usuários dos Centros de Atenção Psicossocial.

Ainda no campo da História, o capítulo “Eu vi, senti – a experiência no CAPS de Dourados - MS” é dedicado à construção de uma narrativa de minhas memórias sobre os muitos anos de trabalho vivenciando o cotidiano dessas pessoas e desse serviço como educador junto aos grupos de usuários de uma unidade psiquiátrica e que consiste em uma apresentação de informações relevantes sobre o tema.

Nesse sentido, o historiador francês nos ensina que o conceito de memória é crucial, pois, ela é um fenômeno individual e psicológico que se liga à vida social e pode variar em função da presença ou da ausência da escrita, sendo objeto de atenção do Estado que, afim de conservar certos traços do passado, produziria diversos tipos de “documentos/monumentos”, acumulando objetos para “inscrever-se na história” (LE GOFF, 2005, p. 419). Sendo assim, a apreensão da memória dependeria do ambiente social e político, como ele mesmo reforça: “trata-se da aquisição de regras de retórica e também da posse de imagens e textos que falam do passado, em suma, de um certo modo de apropriação do tempo”.

Para ele (LE GOFF, 2005, p.419) a memória possuiria a “propriedade de conservar certas informações” o que nos remete “à um conjunto de informações psíquicas” que permitem ao homem “atualizar impressões ou informações passadas” ou que ele assim represente, cuja abordagem abarca os campos da “psicologia, da psicofisiologia, da neurofisiologia, da biologia e da psiquiatria”, quanto às suas perturbações e, para ele, “certos aspectos do estudo da memória”, podem evocar traços e problemas relacionados à memória histórica e social.

Ele ensina que a partir dos estudos da aquisição de memória pelas crianças e o papel desempenhado pela inteligência (PIAGET e INHELDER. Apud. LE GOFF, 2005, p.420) é que descenderiam diversas concepções recentes sobre a memória, cujos fenômenos seriam “resultados de sistemas dinâmicos de organização” e existiriam apenas “na medida em que a organização os mantém ou os reconstitui”, levando alguns cientistas a aproximar esses fenômenos à esfera das ciências humanas e sociais.

Outro elemento importante para essa dissertação é a ideia de que para Pierre Janet (JANET. apud. LE GOFF, 2005, p.421) o ato mnemônico fundamental, de apreensão dessa memória, seria o comportamento narrativo, caracterizado por sua função social, tratando de “comunicação a outrem de uma informação, na ausência do acontecimento ou do objeto” com intervenção da linguagem, “produto da própria sociedade”. A partir disso é que Henri Atlan (ATLAN. Apud. LE GOFF, 2005, p.421) aproxima linguagens e memória, o que é vital para essa pesquisa, como ele mesmo diz:

A utilização de uma linguagem falada, depois escrita, é de fato uma extensão fundamental das possibilidades de armazenamento da nossa memória que, graças a isso, pode sair dos limites físicos de nosso corpo para se interpor quer nos outros, quer nas bibliotecas. Isto significa que, antes de ser falada ou escrita, existe uma certa linguagem sob a forma de armazenamento de informações de nossa memória.

Ao mesmo tempo lembrança e esquecimento sofrem manipulações conscientes ou inconscientes, que “o interesse, a afetividade, o desejo, a inibição e a censura” exercem sobre a memória individual, reforçam os psicanalistas e psicólogos, (LE GOFF, 2005, p.421), ao mesmo tempo em que a memória coletiva foi posta em jogo de forma importante na luta das forças sociais pelo poder, cujos grupos têm a preocupação de tornarem-se “senhores da memória e do esquecimento”, cujos silêncios da história podem revelar a manipulação de uma memória coletiva.

Para ele: “O estudo da memória social é um dos meios fundamentais de abordar os problemas do tempo e da história em que a memória está ora em retraimento, ora em transbordamento”. Outro aspecto importante é que na transferência da oralidade para a escrita geram-se documentos, em que a escrita teria duas funções principais, como ensinaria Goody (GOODY. apud. LE GOFF, 2005, p.429):

Uma é o de armazenamento de informações, que permite comunicar através do tempo e do espaço, e fornece ao homem um processo de marcação, de memorização e registro; a outra, ao assegurar a passagem da esfera auditiva à visual, permite reexaminar, reordenar, retificar frases e até palavras isoladas.

Destaca-se também o importante papel desempenhado pela memória, pois, distinguindo-se do hábito, ela representaria a conquista pelo homem do seu passado

individual, ao passo que, “para o grupo social, como a história constitui, a conquista do passado coletivo”, destaca o autor (LE GOFF, 2005, p.432). Daí decorre a ideia de que a composição dessa pesquisa seja atravessada por estes dois aspectos: o da memória individual e o da memória coletiva.

Salienta-se ainda que os documentos são materiais da memória coletiva e da história e, até início do século XX apresentavam-se como prova histórica, no sentido moderno de testemunho histórico, essencialmente escrito. Entretanto, a partir da década de 30, os fundadores da revista *Annales* questionaram essa noção e anos mais tarde Bloch (BLOCH. Apud. LE GOFF, 2005, p.531) diria que: “seria uma grande ilusão imaginar que a cada problema histórico corresponde a um tipo único de documento, especializado para esse uso”. Outro estudioso citado por Le Goff, Samaran, afirmaria que “não há história sem documentos” e que estes deveriam ser tomados em um sentido mais amplo: “documento escrito, ilustrado, transmitido pelo som, a imagem, ou de qualquer outra maneira” (SAMARAM. Apud. LE GOFF, 2005, p. 526-531).

Ao falar de memória torna-se importante frisar que ela não se constitui apenas de narrativas construídas pelos seus partícipes ao longo do tempo, sendo muito comum nas atividades artísticas guardarmos fotografias sobre os trabalhos realizados ao longo delas, como uma maneira de organizar as memórias e utilizá-las como forma de conhecimento e ensinamento. Sendo assim, essas imagens também irão ilustrar esta pesquisa, conforme o pressuposto de Burke (1992, p.17):

As imagens nos permitem ‘imaginar’ o passado de forma mais vívida. Como sugerido pelo crítico Stephen Bann, nossa posição face a face com uma imagem, nos coloca ‘face a face com a história’. Embora os textos também ofereçam indícios valiosos, imagens constituem-se no melhor guia para o poder de representações visuais nas vidas religiosas e política de culturas passadas. [...] as imagens, assim como os textos e testemunhos orais, constituem-se numa forma importante de evidência histórica. Elas registram atos de testemunho ocular.

Podemos destacar ainda os pressupostos sobre a História das Imagens, de Ivan Gaskell (GASKELL. Apud. BURKE, 1992, p.267) autor que nos lembra que “todo material do passado é potencialmente admissível como evidência para um historiador”. Portanto, a narrativa de minhas experiências como educador junto a esses grupos, será acompanhada de

fotografias que fiz durante as atividades artísticas realizadas, recortes de jornal e outros materiais impressos que foram produzidos à época.

Devido à complexidade do tema, tornou-se necessário a interação com outras disciplinas e o diálogo entre estudiosos como antropólogos, filósofos, cientistas sociais e políticos e especialistas em saúde mental, bem como, o uso de dados e estatísticas oficiais, com intuito de proporcionar uma reflexão mais ampla sobre a temática estabelecida, abordada de forma interdisciplinar, como o defendido por Gustavo Korte (2000, p.30):

Agir interdisciplinarmente é o que reconhecemos como processar o conhecimento mediante o aproveitamento dos resultados emergentes de diferentes disciplinas, num esforço visando formar conjuntos de elementos cognitivos sem que se alimente o objetivo de, necessariamente, torná-los interdependentes, conexos ou convergentes.

O que também reforça a necessidade dessa interdisciplinaridade é a ideia de que esses cuidados e atenção não envolvem apenas o setor da saúde, conforme esclarece Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, visto que, para garantir o sucesso da reabilitação psicossocial do sujeito e da política pública que instaura os CAPS, deve-se contar também com (BRASIL, 2008, p.7):

[...] vários setores da sociedade como a educação, emprego, justiça e assistência social, entre outros. É importante que exista um engajamento e um esforço conjunto entre o Estado, associações de portadores de transtornos mentais, familiares e sociedade civil organizada, no sentido de desenvolver diretrizes específicas e serviços de saúde nesta área.

Em um diálogo com a História, pressupostos da história oral e da antropologia serão essenciais nessa pesquisa, afim de elucidar o percurso percorrido para fundamentar o sétimo capítulo do trabalho “As vozes de quem vive essa realidade” que tratará da observação de uma prática artística que acontece em um desses Centros e da apresentação dos testemunhos de pessoas ligadas a ele, dessa vez na cidade de Sorocaba – SP.

Como parte desse método de investigação empírica, que buscará dados em um trabalho de campo, conhecimentos da antropologia se tornam uma luz nesse caminho, visto a sensibilização que nos proporciona ao nos ensinar a observar e a participar das atividades de diferentes grupos de pessoas, com um olhar e um ouvir disciplinados, orientando o registro

das observações em um caderno de campo, meio para a realização de uma análise, reflexão e interpretação dos dados obtidos, bem como, para a textualização desses dados, ou seja, para a elaboração de um discurso calcado tanto nas entrevistas realizadas, quanto nas observações feitas nesse período de observação.

Por sua vez, o trabalho de campo foi realizado na cidade de Sorocaba, interior de São Paulo, município que fica na região que foi considerada como o maior polo manicomial do país, com uma longa trajetória na violação dos direitos humanos e que, ainda hoje, enfrenta debates públicos sobre a situação desse processo ainda em curso na cidade, visto a situação do atendimento prestado pelos CAPS do município, colocando-a nacionalmente como centro das polêmicas sobre o assunto, como aqui será apresentado.

Esse trabalho pode nos ajudar a desvelar muito sobre a vida das pessoas que dependem e se utilizam dos serviços públicos em saúde mental no Brasil, sendo o Estado de São Paulo um importante palco de discussões sobre o tema, tanto no que diz respeito a um passado sombrio⁵⁹, quanto na vanguarda de sua humanização⁶⁰. Além de tudo, tais testemunhos são fontes inestimáveis para fundamentar avaliações⁶¹ sobre essa política pública e para o registro da memória de quem vive essa realidade, configurando-se como um documento precioso.

⁵⁹ Como se pode comprovar pelas histórias dos Hospitais Psiquiátricos do Juqueri, em Franco da Rocha, ou do Vera Cruz, em Sorocaba, por exemplo.

⁶⁰ “O Estado de São Paulo tem uma tradição de vanguarda nas reformulações políticas em saúde mental e já na década de 70, iniciou uma série de discussões que mais tarde promoveriam mudanças públicas relevantes nesta área. Estas modificações visavam principalmente uma transformação do modelo hospitalocêntrico, isto é, dos tratamentos baseados em longas internações em grandes hospitais e asilos psiquiátricos. Em Decreto de 1971, o governador do Estado constituiu um Grupo de Trabalho com a finalidade de analisar a situação vigente e definir a política de saúde mental seguindo recomendações da OPAS/OMS de 1970. O professor Luiz Cerqueira como Coordenador de Saúde Mental em 1973, incentivador da psiquiatria social preconiza “o estabelecimento de serviços comunitários de saúde mental nos quais se oferecem alternativas de tratamento, enfatizando especialmente os ambulatorios e serviços psiquiátricos em hospitais gerais”. Em 1983, a Coordenação de Saúde Mental volta a enfatizar a necessidade de atendimento ambulatorial incrementando a política de redução das internações através da criação de equipes de saúde mental nos centros de Saúde, da ampliação da rede de ambulatorios, criação de unidades psiquiátricas com serviços de emergência em hospitais gerais e a criação do primeiro CAPS no Brasil - CAPS Luiz da Rocha Cerqueira. A essas, somaram-se medidas efetivas de vigilância sanitária, supervisão dos hospitais, regularização de cadastro de oferta de leitos e fluxo de pacientes e valorização do sistema extra-hospitalar de assistência que promoveram como decorrência a redução de leitos em hospitais psiquiátricos”. ZAPPITELLI, Marcelo C. GONÇALVES, Eliana C. e MOSCA, Ionira. *Panorama da Saúde Mental no Estado de São Paulo: leitos psiquiátricos e assistência extra-hospitalar*. Grupo de Saúde Mental da Coordenadoria de Planejamento de Saúde – SES/SP, 2005. p. 225

⁶¹ Segundo Xun Wu “A avaliação de políticas públicas refere-se amplamente a todas as atividades realizadas por uma gama de atores estatais e sociais com o intuito de determinar como uma política pública se saiu na prática, bem como estimar o provável desempenho dela no futuro. A avaliação examina tanto os meios utilizados, como os objetivos alcançados por uma política pública na prática. Os resultados e as recomendações da avaliação são então enviados de volta para novas rodadas de criação de políticas, e podem levar ao aprimoramento do desenho e da implementação de uma política pública, ou, raramente, à sua completa reforma ou revogação.” WUN, Xu;

Em campo o professor Roberto Cardoso de Oliveira em seu “O trabalho do Antropólogo”⁶² é que nos orienta sobre as três importantes dimensões do conhecimento que nele devem ser levadas em consideração, como esferas distintas na disciplina de antropologia, mas, que devem servir para todos os pesquisadores que se debruçam sobre as teorias sociais, “o olhar, o ouvir, e o escrever”(OLIVEIRA, 1988, p.18):

Pois sem a percepção e pensamento, como então podemos conhecer? De meu lado, ou do ponto de vista de minha disciplina – a antropologia – quero apenas enfatizar o caráter constitutivo do olhar, do ouvir e do escrever, na elaboração do conhecimento próprio das disciplinas sociais.

O professor ensina com isso os preceitos básicos para o trabalho de campo, em que se deve observar as diferenças entre essas esferas do saber, entre as faculdades do entendimento sócio cultural, fundamental para aquele que trabalha em contato direto com as pessoas que pesquisa, já que o pesquisador estará “contido no espaço interno de um horizonte socialmente construído” e pensando “no interior de uma representação coletiva” (OLIVEIRA, 1998, p.26).

Para ele a primeira experiência do pesquisador em campo está relacionada à percepção pelo olhar que deve estar coberto de uma intenção etnográfica⁶³, quando a teoria que sua disciplina dispõe deve ser instrumentalizada por ele, devidamente sensibilizado para captar os elementos que sejam relevantes para seu estudo, um olhar disciplinado, já com esquemas conceituais sobre o tema.

É preciso também destacar outra forma de percepção importante na obtenção desses dados, o ouvir, que complementaria o olhar e que dele não pode ser dissociado, já que ele deve ser preparado para distinguir ruídos que lhe pareçam insignificantes, que não fazem parte do corpo teórico de sua disciplina, no qual o pesquisador está imerso.

RAMESH, M; HOWLLET, M; FRITZEN, S. Guia de políticas públicas: gerenciando processos. Tradução de Ricardo Avelar de Souza. Brasília: Enap. 2014. p. 118

⁶² OLIVEIRA, Roberto Cardoso de. O Trabalho do Antropólogo. São Paulo: Editora UNESP. 1988.220 p.

⁶³ A professora Carmem Lúcia Guimarães de Mattos explica que: etnografia - grafia vem do grego graf (o) significa escrever sobre, escrever sobre um tipo particular - um etn(o) ou uma sociedade em particular. Etnografia é a especialidade da antropologia, que tem por fim o estudo e a descrição dos povos, sua língua, raça, religião, e manifestações materiais de suas atividades, é parte ou disciplina integrante da etnologia é a forma de descrição da cultura material de um determinado povo. Etnografia é a escrita do visível. A descrição etnográfica depende das qualidades de observação, de sensibilidade ao outro, do conhecimento sobre o contexto estudado, da inteligência e da imaginação científica do etnógrafo. MATTOS, Carmem Lúcia Guimarães de. *A abordagem etnográfica na investigação científica*. Campina Grande: EDUEPB, 2011: 53 – 54.

Decorre daí a necessidade do uso de um caderno de campo para se registrar as observações do pesquisador durante esse período, além disso, ele diz que “há certas explicações que só podem ser obtidas por meio de entrevista” (OLIVEIRA, 1998, p.22) e que isso exigiria um ouvir especial, além de anotações que, posteriormente, podem ser subsídios na produção de nosso texto final.

Ele considera também que há um campo ilusório na interação entre pesquisador e informante, por questões de alteridade e autoridade, e que a relação deve ser verdadeiramente dialógica, não sendo contaminada pela autoridade de quem pesquisa para que não haja perda da espontaneidade de quem informa. Entretanto, ressalto que minha experiência de trabalho com inúmeros grupos como esse me permite uma fluente comunicação e uma boa convivência com essas pessoas, o que muito pode me ajudar, nos dizeres de Oliveira (1998, p.24), a realizar uma “observação participante”:

O que significa dizer que o pesquisador assume um papel perfeitamente digerível pela sociedade observada, a ponto de viabilizar uma aceitação senão ótima pelo menos afável, de modo a não impedir a necessária interação.

Ele (OLIVEIRA, 1998, p. 34) também defende que “essa observação participante seria geradora de conhecimento”, realizando um “verdadeiro ato cognitivo”, considerando que ela é capaz de captar todo o excedente de sentido, de significações, o que pode me ajudar nessa empreitada, nos momentos em que irei conviver com essas pessoas durante um período, na cidade onde morava:

Apesar dessa observação participante ter alcançado sua forma mais consolidada na investigação etnológica, junto a populações ágrafas e de pequena escala, isso não quer dizer que ela não ocorra no exercício da pesquisa com segmentos urbanos ou rurais da sociedade à que pertence o próprio antropólogo.

O autor (OLIVEIRA, 1998, p.26) destaca ainda que aquilo que a “princípio parece simples na verdade é um processo cognitivo, de percepção e de pensamento”, que necessitam de uma problematização, pois, essas três esferas são faculdades caras aos estudiosos, quando voltadas à construção de uma teoria social, com postulados que devem contribuir para se pensar o interior dessa comunidade.

O que significaria estabelecer um discurso fundado em uma atitude particular, sociológica ou antropológica, que importa a todos os cientistas sociais, independentemente de sua veiculação disciplinar, pois, as disciplinas condicionariam as “possibilidades de observação e textualização sempre em conformidade com um horizonte que lhe é próprio”, diz Oliveira (1998, p.34).

Essas faculdades treinadas, olhar e ouvir⁶⁴, segundo ele, apoiarão a interpretação dos resultados finais, quando o pesquisador se concentra para textualizar suas anotações. É a tarefa do escrever sobre a experiência, ao retornar para o berço onde se trabalha com o material recolhido em campo e, mesmo considerando as dificuldades de textualização, deve trazer os fatos vistos e ouvidos para o plano do discurso, exercendo um papel importante tanto para a comunidade profissional em que atua, quanto para o do conhecimento propriamente dito, organizando-o de modo textual, construindo uma narrativa, um texto etnográfico⁶⁵.

Na análise dos dados, a disciplina também é relevante, pois, como ressalta Oliveira (1998, p.32), o pesquisador em posse das anotações organizadas obtidas em campo, não espera todas as respostas para iniciar o processo de escrita, pois, seria “no processo de redação que nosso pensamento caminha”, pensar aqui como um ato de aprendizado, encontrando soluções que dificilmente apareceriam antes do início dessa etapa:

Sendo o ato de escrever um ato igualmente cognitivo, esse ato tende a ser repetido quantas vezes for necessário: portanto ele é escrito e reescrito repetidamente, não apenas para aperfeiçoar o texto do ponto de vista formal, quanto para melhorar a veracidade das descrições e da narrativa, aprofundar a análise e consolidar argumentos.

A disciplina também contribui para justificar a opção pela escrita dessa dissertação em primeira pessoa, “eu”, considerando que essa pesquisa nasceu de uma paixão pelo trabalho que realizo junto a grupos em situação de vulnerabilidade e exclusão social, especialmente os usuários dos CAPS, e pela estreita relação de convivência que possuo com o tema e com os envolvidos no serviço, bem como, seguindo ainda seu postulado “o autor não deve se esconder

⁶⁴ Oliveira diz que “os atos de olhar e ouvir são, a rigor, funções de um gênero de observação muito peculiar, por meio da qual o pesquisador busca interpretar ou compreender a sociedade e a cultura do outro “de dentro” em sua verdadeira interioridade”. OLIVEIRA. Op. cit. p.34, nota 63.

⁶⁵ “Talvez o que torne o texto etnográfico mais singular, quando o compararmos com outros devotados à teoria social, seja a articulação que busca entre o trabalho de campo e a construção do texto. George Marcus e Dick Cushman, chegam a considerar que a etnografia poderia ser definida como a representação do trabalho de campo em textos.” Id. p. 28.

sistematicamente sob a capa de um observador impessoal, coletivo, onipresente e onisciente, valendo-se da primeira pessoa do plural, nós” (OLIVEIRA, 1998, p.30).

Pois, para ele, há hoje uma “antropologia polifônica”, que deve reconhecer uma pluralidade de vozes e oferecer espaço para elas e para todos os atores desse cenário, e que, por sua vez, o autor deve remeter-se “a responsabilidade específica da voz do antropólogo, autor do discurso próprio da disciplina”, cuja voz não deve ficar “obscurecida ou substituída pela fala dos entrevistados” (OLIVEIRA, 1998, p.30).

Ademais, como argumento que possa justificar a escolha dessa forma, ao mesmo tempo se estabelece outra profunda relação com a história, a presença da memória, cujos dados contidos nas anotações feitas em campo muito ganhariam em inteligibilidade, quando rememorados pelo pesquisador, o que, para o professor, equivaleria a dizer que a memória “constitui provavelmente o elemento mais rico na redação de um texto, contendo ela mesma uma massa de dados cuja significação é melhor alcançável quando o pesquisador a traz de volta do passado, tornando-a presente no ato de escrever” (OLIVEIRA, 1998, p.34).

Por sua vez, como técnica para a realização de entrevistas, ou dentro do campo da História, como é chamada, utilizarei pressupostos teóricos da História Oral, defendido por José Carlos Sebe Bom Meihy⁶⁶ em seu “Manual de História Oral” (2010, p.13) que nos ensina:

História oral é um recurso moderno usado para elaboração de registros, documentos, arquivamento e estudos referentes à experiência social de pessoas e grupos. Ela é sempre uma história do tempo presente e também reconhecida como história viva.

Sendo assim, pelo menos três conceitos apresentados por Meihy (2002, p.13-14) são valiosos na composição desse trabalho, pois, a história oral se destinaria à “recolher testemunhos, promover análises de processos sociais do presente e facilitar conhecimento do meio imediato” ao mesmo tempo, em que, tecnicamente, ela pode ser considerada como “um conjunto de procedimentos” ou, ainda, como “uma alternativa para estudar a sociedade por meio de uma documentação feita com depoimentos gravados e transformados em textos escritos”, aporte teórico essencial para a realização e apresentação dessas entrevistas.

É preciso considerar que ao se fazer história oral se pressupõe também a existência de um projeto constituído de diferentes etapas: “planejamento da condução das entrevistas,

⁶⁶ MEIHY, José Carlos Sebe Bom. *Manual de História Oral*. São Paulo: Edições Loyola, 2002. 246p.

transcrição, conferência da fita com o texto, autorização para o uso, arquivamento e publicação dos resultados” (MEIHY, 2002, p.14), passos seguidos na execução desse trabalho.

Destacando ainda seus pressupostos tais entrevistas serão realizadas com pessoas no interior de uma colônia⁶⁷, no caso pessoas ligadas aos Centros de Atenção Psicossocial III no município de Sorocaba, composta por uma rede⁶⁸ constituída por a) trabalhadores, b) usuários e c) familiares, sendo que cada uma delas deverá ampliar nosso olhar para o tema estabelecido.

É preciso esclarecer também que essas entrevistas participam de uma história oral temática que, segundo Meihy (2002, p.145) “é quase sempre usada como técnica, pois frequentemente articula diálogo com outros documentos”, como é o caso dessa pesquisa que se utiliza dessas entrevistas como “um documento, compatível com a busca de esclarecimentos”, “cuja hipótese deve ser testada” e o “recorte do tema deve ficar explícito”, constando das perguntas a serem feitas ao colaborador⁶⁹.

Ainda, deve-se considerar que tais entrevistas possuem pelo menos três etapas de realização: a pré-entrevista que “corresponde à etapa de preparação do encontro em que se dará a gravação”, a entrevista e a pós-entrevista, “etapa que se segue a entrevista”, nos ensina Meihy (2002, p.170), cujos ensinamentos são seguidos em sua realização.

Como procedimento ainda haverá sua transcrição que consiste na “mudança do estágio da gravação oral para o código escrito” e que deve prezar pelo “compromisso com o público” (MEIHY, 2002, p.170). Sendo assim, “o que deve vir à público é um texto trabalhado no qual a interferência do autor seja clara, dirigida para a melhoria do texto”. Como uma última etapa desse processo será realizada a “transcrição” dessas entrevistas que consiste em evocar “pressupostos da tradução” em que ela se compromete “a uma recriação do texto em sua plenitude”, afirmando que “há interferência do autor no texto”, como nos ensina Meihy (2002, p.173), entregue aos colaboradores que procederão à conferência e à autorização de seu uso.

⁶⁷ A colônia é sempre um grupo amplo, da qual a rede é a espécie ou a parte menor cabível nos limites de um projeto plausível de ser executado. Id. p.166

⁶⁸ Rede é uma subdivisão da colônia e visa estabelecer sobre quem deve ser entrevistado e quem não se deve entrevistar. Ibid. p. 166

⁶⁹ “Os entrevistados são as pessoas ouvidas em um projeto e devem ser reconhecidos como colaboradores.” “É um termo importante na definição do relacionamento entre o entrevistador e o entrevistado”, estabelecendo “um compromisso entre as partes”. MEIHY. Op. cit. p.14, nota 66-108.

Dessa forma, tais entrevistas são muito importantes para se entender como o imaginário desses atores sociais se constitui, por meio de seu discurso, a sua própria história, uma vez que estou falando da história vista de baixo, escrita por quem de fato vive a experiência da narrativa e ainda tem a oportunidade de assiná-la, como nos dizeres de Beatriz Sarlo⁷⁰ (2007, p.19): “[...] a história oral e o testemunho restituíram a confiança nessa primeira pessoa que narra sua vida (privada, pública, afetiva, política) para conservar a lembrança ou para reparar uma identidade machucada.”

Podemos citar também os apontamentos de Gwyn Prins (PRINS. apud. BURKE, 1992, p.165) que trata da História Oral como um método de investigação, defendendo o valor das fontes orais, como aquelas que são capazes proporcionar “presença histórica àqueles cujos pontos de vista e valores são descartados pela história vista de cima”.

Portanto, no sétimo e último capítulo dessa pesquisa, “As vozes de quem vive essa realidade” dedico-me à elaboração de um texto que contenha uma transcrição dos testemunhos colhidos nas entrevistas realizadas com pessoas ligadas à essa rede, registradas em áudio e transcritas, cuja versão completa se encontra em anexo.

Apresento ainda minhas considerações finais a respeito do tema com uma reflexão que visa relacionar todos os dados encontrados ao longo do caminho percorrido, considerando os variados documentos que compuseram a investigação: a teórica; a narrativa de minha experiência pessoal; o trabalho de campo em Sorocaba – SP; fotografias, recortes de jornais antigos e notícias veiculadas por meios eletrônicos, materiais impressos selecionados, além da visitação e uso de dados encontrados nos veículos de informação oficiais e nos documentos ali publicados. Com destaque ainda para os elementos simbólicos e os hábitos encontrados no interior dessa realidade observada, experienciada, interpretada e relatada aqui, bem como, a relação entre a práxis e os documentos oficiais, além, é claro, de buscar caminhos para um horizonte de futuro para essa história que continua em construção.

Portanto, essa pesquisa considera a história em sua função social, sendo uma ciência cuja escrita nos permite hoje que se mescle o paradigma tradicional e suas novas abordagens; narrativa, relato e explicação; tempo cronológico e memória; a organização do passado em função do presente e um horizonte de futuro; suas múltiplas faces—política, social, cultural, vista de baixo, a da loucura e da psiquiatria, na Europa, no Brasil e em Sorocaba, bem como, a

70 SARLO, Beatriz. *Tempo Passado: cultura da memória e guinada subjetiva*. Trad. Rosa Freire de Aguiar. São Paulo: Companhia das Letras, Belo Horizonte, UFMG, 2007.

utilização de fontes de investigação diversas - orais, visuais, textos, documentos oficiais, jornais impressos e virtuais - conferindo-lhe um contorno verdadeiramente científico e sintonizado com nossa época.

Capítulo 2. Criar é viver: arte, direitos humanos e cidadania

“Criar e viver se interligam.”

Fayga Ostrower

Ainda em imersão nas questões teóricas é preciso compreender em que medida o acesso à arte pelos usuários dos CAPS pode lhes conferir respeito aos seus direitos como seres humanos e como cidadãos, bem como, deve-se considerar os conceitos de vulnerabilidade e exclusão social, em que estariam mergulhadas essas pessoas, gradativamente arrastadas para a pobreza, versando sobre a importância da arte em suas vidas uma vez que criar e viver se relacionam intimamente.

Para tanto, é preciso considerar que o homem é um ser político, social e cultural, o que se liga intimamente à história, tanto no que tange ao corpo teórico desta investigação e ao trabalho de campo, quanto na textualização de seus resultados, fundante para o reconhecimento dos elementos simbólicos, dos hábitos e da historicidade que recobrem sua escrita.

Visto a natureza interdisciplinar do tema, contribuições da filosofia, da sociologia, da antropologia e dos estudos em ciências políticas são necessários para fundamentar a interpretação dos dados obtidos em todo o trabalho de pesquisa e para uma percepção clara dos aspectos que o atravessam.

Para tratar deles surge a necessidade de se apresentar autores distintos para relacionar a complexa condição humana à importância da arte, sobretudo, para grupos que vivem em situação de vulnerabilidade ou de exclusão social e que, muitas vezes, são também afetados pela pobreza, como no caso de muitos dos usuários dos CAPS⁷¹.

Neste sentido, se levarmos em consideração que os homens são seres condicionados e que tudo aquilo com o que entram em contato imediatamente torna-se condição para sua existência; que a arte é capaz de emprestar à existência humana certa imortalidade; que o

⁷¹ Existem inúmeros estudos que traçam perfis epidemiológicos dos usuários dos CAPS e apontam que a maioria dessas pessoas vive em regiões periféricas das cidades, com pouca escolaridade, em lares com baixa renda familiar e em situação de dependência dos familiares, em situação de sub ou de desemprego, como pode se observar no artigo de Maria Odete Pereira. PEREIRA, Maria Odete. et al. *Perfil dos usuários de serviços de Saúde Mental do município de Lorena – São Paulo*” Revista Acta Paul Enferm. 2012;25(1):48-54.

trabalho artístico envolve nossa capacidade de pensar e também de sentir e que pode estimular o convívio social, pode-se afirmar que a arte é uma condição para a existência humana e deve estar ao alcance de todos, cuja afirmação pode ser calcada sobre os ensinamentos da antropóloga Hannah Arendt⁷².

Ela nos oferece uma reflexão sobre "A Condição Humana"⁷³ e aborda suas manifestações elementares, cujo fazer está presente naquilo que ela apresenta como "vida activa"⁷⁴, que designaria três atividades humanas como fundamentais: o labor, o trabalho e a ação, identificando-as como condições básicas para nossa existência.(ARENDT, 2001, p.15)

O labor corresponderia ao "processo biológico do corpo humano" cujo crescimento, metabolismo e declínio estão relacionados com "as necessidades vitais produzidas e introduzidas [por ele] no processo da vida", assim, segundo Arendt (2001, p.15), a condição humana do labor seria a própria vida.

Seu postulado intimamente relaciona-se com a importância das práticas expressivas, comunicativas e corporais, ou seja, das atividades artísticas empreendidas pelos CAPS, em que a arte pode ser uma ferramenta preciosa para impulsionar uma prática para o "trabalho", o que iria diretamente ao encontro de seu processo de reabilitação psicossocial. Assim, Arendt (2001, p.15) diz que:

O trabalho é a atividade correspondente ao artificialismo da existência humana, existência esta não necessariamente contida no eterno ciclo vital da espécie e, cuja mortalidade não é compensada por este último. O trabalho produz um mundo artificial de coisas, nitidamente diferente de qualquer ambiente natural. Dentro de suas fronteiras habita cada vida individual, embora esse mundo se destine a sobreviver e a transcender todas as vidas individuais.

No campo da história a "ação" presentifica-se pelo entendimento de que a história é o estudo dos grupos humanos, das ações humanas no tempo, ou seja, de seu aspecto político,

⁷² Hannah Arendt é "alemã, de origem judaica e foi uma das mais importantes filósofas do século XX. Seu pensamento filosófico sobre a política, o totalitarismo, a responsabilidade, a verdade, o mal e o estar e compartilhar o mundo continuam a dialogar com o pensamento e questões contemporâneas." Disponível em <<http://www.hannaharendt.org.br/>>. Acesso em: 28 fev. 2017.

⁷³ ARENDT, Hannah. A condição Humana. Forense Universitária. Rio de Janeiro. Forense Universitária. 10ª edição. 2001. 352 p.

⁷⁴ Segundo Arendt vida activa é "uma expressão carregada e perpassada de tradição por ter origem no discurso de Aristóteles com o significado de uma vida dedicada aos assuntos públicos e políticos e que corresponde à ideia de ocupação, inquietação; foi retomada na Idade Média por Santo Agostinho e também muito utilizada por Karl Marx, em fins do século XIX", por exemplo.

caráter que também é uma condição para nossa existência. Nesse sentido, por serem atividades em grupo, essas práticas são essenciais para estimular o convívio social, igualmente essencial nesse processo. Para a antropóloga (ARENDT, 2001, p.15):

A ação, única atividade que se exerce diretamente entre os homens sem a mediação das coisas ou da matéria, corresponde à condição humana da pluralidade, ao fato de que os homens, e não o Homem, vivem na terra e habitam o mundo. Todos os aspectos da condição humana tem alguma relação com a política; mas esta pluralidade é especificamente a condição de toda vida política.

Ela ensina também que essas atividades tem relação íntima com as condições da existência do homem: o trabalho e seu produto emprestariam durabilidade e permanência à vida mortal. Já a ação, empenhada em fundar e preservar corpos políticos, criando a condição para a lembrança, ou seja, para a história.

Hannah (ARENDT, 2001, p.17) nos lembra ainda que os homens são seres condicionados a tudo aquilo com o que ele entre em contato, tornando-se uma condição de sua existência, daí se produzir e contemplar a arte fazem parte da história da humanidade, o acesso à ela é uma condição de nossa existência:

O que quer que toque a vida humana ou entre em duradoura relação com ela, assume imediatamente o caráter de condição da existência humana. Tudo que espontaneamente adentra ao mundo humano, ou para ele é trazido pelo esforço humano, torna-se parte da condição humana.

Nesse sentido podemos concluir que a arte, ou seja, seus processos e resultados, construídos por meio do trabalho e da ação, seriam condições indispensáveis para a vida humana, pois, essas dimensões a recobrem, sobretudo no que se refere ao trabalho, que liga o homem ao mundo e a ação, quando a arte é capaz de demonstrar tal pluralidade e estabelecer uma condição para uma vida política, de convivência, da qual muitas vezes os usuários dos CAPS são excluídos.

Constitui-se também como uma das principais formas de expressão de todos os grupos humanos ao longo da história da humanidade, conferindo-lhe uma história e uma memória, o que muito tais práticas expressivas, comunicativas e corporais oferecidas por estes Centros podem ajudar a promover.

Por sua vez, Cornelius Castoriadis⁷⁵ (2002, p.230) em “A cultura em uma sociedade democrática”, texto da obra “As encruzilhadas do Labirinto IV”, trata da constituição do homem dizendo que aquilo o diferencia dos outros animais é a própria razão, que o impela a criar e nos ensina que a criatividade é uma característica humana:

O ser é Caos, Abismo, Sem Fundo – mas igualmente criação, *vis formandi* não predeterminada que superpõe ao Caos um Cosmos, um mundo bem ou mal organizado e ordenado, da mesma forma o ser humano é Abismo, Caos, Sem Fundo, não somente na medida em que participa do ser em geral (por exemplo, como é matéria viva), mas porque é ser de imaginação e imaginário, determinações cuja emergência manifesta ela mesma a criação, a *vis formandi* específica do ser humano. Podemos aqui somente constatar que esta *vis formandi* vem acompanhada, no ser humano, de uma *libido formandi*: ao poder de criação característico do ser em geral, o ser humano acrescenta um desejo de formação.

Dáí a importância da arte como importante veículo de reabilitação psicossocial da pessoa⁷⁶, para estimular esse desejo de formação e esse poder de criação, inerente ao ser humano, estimulando sua capacidade criativa, sua imaginação e seu fazer, características essenciais do ser humano, podendo configurar-se ainda como uma oportunidade educacional e, até mesmo, profissional, geradora de renda, compactuando com o pensamento do filósofo e com as premissas da própria legislação em saúde mental.

⁷⁵ CASTORIADIS, Cornelius. *A cultura em uma sociedade democrática - As encruzilhadas do Labirinto IV*. Trad. Regina Vasconcellos. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

⁷⁶ Baseado no Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde pode-se apresentar em síntese uma noção para a ideia de pessoa para os serviços de saúde, que assim pode ser definida: “toda pessoa tem uma vida passada e uma vida futura; tem uma vida familiar repleta de papéis e identidades constituídas; experiências e histórias familiares; tem um mundo cultural que influencia a saúde, a produção de doenças, define valores, relações de hierarquia, noções de normal e patológico; é um ser político com direitos, obrigações e possibilidades de agir no mundo e na relação com as outras pessoas; tem diversos papéis: pai, mãe, filho, profissional, namorado, amante, amigo, irmã, tio, etc; tem uma vida de trabalho, que está relacionada a seu sustento e, possivelmente, de sua família; tem um corpo com uma organicidade e anatomia singular composto por processos físicos, fisiológicos, bioquímicos e genéticos que o caracterizam; tem um *corpo* vivido, uma relação com o próprio corpo que envolve história pessoal; tem uma autoimagem, ou seja, como ela atualmente se vê em relação a seus valores, a seu mundo, a seu corpo, e àqueles com quem ela se relaciona; *faz* coisas, e sua obra no mundo também faz parte dela; tem hábitos, comportamentos regulares dos quais pouco se dá conta, que afetam a própria vida e a dos outros e que podem ser afetados por problemas de saúde; tem um mundo inconsciente, de modo que faz e vive um grande número de experiências que não sabe explicar como e por quê; tem uma narrativa de si e uma dos mundos, algo que junte todas as experiências de vida passadas, presentes e o que se imagina do futuro, quase toda pessoa tem uma dimensão transcendente, que se manifesta na vida diária com valores que podem ou não ter a ver com religião.” Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. p. 29

Já para Fayga Ostrower (2001, p.5) “criar é, basicamente, formar.” É poder dar forma a algo novo. Em qualquer que seja o campo de atividade, trata-se, nesse novo, de novas coerências que se estabelecem para a mente humana, fenômenos relacionados de modo novo e compreendidos em termos novos. O ato criador abrange, portanto, a capacidade de compreender; e esta, por sua vez, a de relacionar, ordenar, configurar, significar.

Fayga (OSTROWER, 2001, p.5) também nos diz que tendo como princípio que a arte está presente em qualquer grupo humano e é um dos principais meios de expressão de seus sentimentos, crenças, valores e emoções, além de ser um dos veículos de comunicação com o ambiente em que se vive e com os demais e, se considerarmos a criatividade um potencial inerente ao homem, a arte seria um elemento fundamental para “realização desse potencial”.

Nesse sentido Hanna Arendt (2001, p.17) identifica que “entre as coisas que emprestam ao artifício humano a estabilidade sem a qual o mundo jamais poderia ser um lugar seguro para os homens, a obra de arte é uma das mais importantes”. Além disso, afirma que “dada sua importância, a arte é a mais intensamente ligada ao mundo real de todas as coisas tangíveis”, cuja fonte imediata é a capacidade de pensar e que essa capacidade se relaciona com os sentimentos de cada um. Ela seria, portanto, uma “capacidade comunicativa e voltada para o mundo, transcendendo e transferindo para ele algo muito intenso e veemente, que estava aprisionado no ser” (ARENDT, 2001, p.181-2).

Fayga nos diz ainda que no “exercício de criar, cada indivíduo utiliza e aperfeiçoa processos que desenvolvem a percepção, a imaginação, a observação, o raciocínio, o controle gestual. No processo de criação ele pesquisaria sua própria emoção, libertando-se da tensão, organizando pensamentos, sentimentos, sensações e formando hábitos de trabalho”(OSTROWER, 2001, p.26-30).

A arte então pode ser uma das ferramentas mais preciosas para exercer nossa potencialidade criativa, embora os processos criativos que a compõem não se restrinjam somente à ela, pois, “o criar só pode ser visto num sentido global, como um agir integrado ao viver humano, onde criar e viver se interligam” (OSTROWER, 2001, p.5).

Ressalta-se que muito já se estudou sobre a criatividade como uma característica do homem e existem inúmeros estudiosos⁷⁷ que abordaram essa questão, embora as muitas

⁷⁷ Pode-se citar o interessante estudo do professor Andrea Temponi dos Santos sobre as noções e conceitos sobre a criatividade ao longo da História. SANTOS, Andrea Temponi dos. *Estudos da Criatividade no Brasil*. Universidade Estadual de Campinas – Departamento de Educação, 1995.

teorias sobre o assunto sejam distintas e, às vezes, até mesmo opostas, deve-se compreender por fim que a criatividade é uma característica humana e que esse potencial deve ser estimulado para dar oportunidade de uma plena realização do ser, sendo a arte um de seus principais veículos.

Para Fayga Ostrower(2001, p.9) é na busca por ordenação e significados que reside a “motivação humana para criar”, pois, como ser “consciente, sensível e cultural” é impelido a formar. Ele precisa orientar-se, ordenando fenômenos e avaliando o sentido das formas ordenadas; precisa comunicar-se com outros seres humanos, novamente através de formas ordenadas. Trata-se, pois, de possibilidades, potencialidades do homem que se convertem em necessidades existenciais. O homem cria não somente porque quer, ou porque gosta, e sim porque precisa. Ele só pode crescer como ser humano, coerentemente, ordenando, dando forma, criando.

Portanto, como Fayga diz (2001, p.53) “a criatividade é inerente à condição humana” e, sendo assim, realizar-se por meio da criação e da criatividade é uma de suas necessidades e, se essa criatividade faz parte do que podemos considerar como autonomia do sujeito, libertação, fluir de cada um em suas práticas cotidianas, sejam afetivas, cognitivas, sociais ou políticas, torna-se responsabilidade dos governantes estimular o potencial criativo e fomentar o acesso à arte e ao fazer artístico para seus cidadãos.

Pois, se criar é inerente e necessário à existência de todo ser humano garantir o pleno exercício desse potencial é respeitar seus direitos como ser humano e se, dar acesso aos bens e produtos culturais e à arte é tarefa dos governos, visto que, garantir a esses grupos esse acesso é garantir-lhes também seu direito à cidadania.

Tratar da criatividade como uma condição humana e a realização desse potencial criador, por meio da arte, como uma necessidade para nossa existência é essencial para a afirmação sobre sua relevância, sobretudo, para grupos em situação de vulnerabilidade ou exclusão social, como os usuários dos CAPS, sendo uma responsabilidade do Estado em conformidade com sua própria legislação que visa a reabilitação psicossocial dessas pessoas.

Importante retomar o ensinamento do linguista e filósofo Noam Chomsky⁷⁸ (2006, p.38) em famoso debate com Michel Foucault na Universidade de Amsterdã na Holanda, em 1971, em que ressalta que:

⁷⁸ CHOMSKY, Noam e FOUCAULT, Michael. *Debate: on the human nature*. New York: New Press, 2006, 213 p.

[...] uma característica da natureza humana é o trabalho criativo, de investigação criativa, de criação livre sem o efeito arbitrário e limitante das instituições e que, toda a sociedade que respeita os direitos de seus cidadãos, deveria maximizar as possibilidades de realização dessa característica humana.

Destaca-se que Arendt observa as diferenças entre o estado natural, ou biológico e o estado social, ou político do ser humano devem ser consideradas quando se discute sua condição. Uma dessas condições é o caráter político que a vida possui. Isso implica que retirados do convívio em sociedade ou privados de compartilhar daquilo que ela produz, como a arte, ou o fazer artístico, por exemplo, os sujeitos perderiam suas características que o tornam humanos, pois, “ele só o é se está entre os homens, ele só é se desenvolve qualquer espécie de trabalho”, ou seja, possui uma vida social ou política. Como observa bem a autora (ARENDT, 2001, p.31):

A vida activa, ou seja, a vida humana na medida em que se empenha ativamente em fazer algo, tem raízes permanentes num mundo de homens ou de coisas feitas pelos homens, um mundo que ele jamais abandona ou chega a transcender. Nenhuma vida humana, nem mesmo a vida do eremita em meio à natureza selvagem, é possível sem um mundo que, direta ou indiretamente, testemunhe a presença de outros seres humanos. Todas as atividades humanas são condicionadas pelo fato de que os homens vivem juntos.

Isso liga-se inteiramente a esse estudo, já que a história trata de uma investigação das atividades humanas no tempo, cuja afirmação deságua na compreensão que há uma distinção entre o estado de natureza e estado de sociedade em que vivem os seres humanos, o que vem sendo utilizado pela sociologia moderna como instrumento de método, pois ficou postulado que o homem é um ser biológico ao mesmo tempo em que é um indivíduo social, diz (ARENDT, 2001, p.41):

Entre as respostas que dá às excitações exteriores ou interiores, algumas dependem de sua natureza, outras de sua condição.... se o medo da criança na escuridão explica-se como manifestação de sua natureza animal ou como resultado das histórias contadas pela ama.

Sendo assim, a noção de cultura, no tocante à ciência histórica, é importante ser destacada, pois, a partilha e o acesso aos bens culturais produzidos por nossa sociedade não chegam a atingir diretamente os usuários dos CAPS, o que se configura em uma desvirtuação

da lei que os regulamenta, contrariando sua necessidade como parte do processo de reabilitação psicossocial, além de seus direitos como seres humanos, como parte de uma cultura de exclusão dessas pessoas.

Para Denis Cuche⁷⁹ a noção de cultura é inerente às ciências sociais, sendo necessária para pensar a unidade da humanidade em sua diversidade, além dos termos biológicos. Para ele “o homem é um ser de essência cultural”, ressaltando que o longo processo de hominização consistiu na passagem de uma adaptação genética ao meio ambiente natural a uma adaptação cultural. Como ele mesmo diz: “a cultura permite ao homem não somente adaptar-se a seu meio, mas também adaptar-se ao próprio homem, a suas necessidades e seus projetos. Em suma, a cultura torna possível a transformação da natureza” (CUCHE, 2002, p.10).

Considera-se que esse termo, caro às ciências sociais, sofreu grandes transformações ao longo do tempo, desde sua gênese até os dias atuais, inúmeros pensadores trataram da questão construindo um grande arcabouço sobre a ideia de cultura, no entanto, o próprio autor admite muitas interpretações e afirma que “a noção de cultura compreendida em seu sentido vasto, remete aos modos de vida e de pensamento” (CUCHE, 2002, p.11).

Sendo assim, ela é expressamente uma das condições para a existência humana, sendo premissa fundamental para o sentido de homem, a vida em sociedade, para que ele se faça humano, cujo pensamento e vida são condicionados pela cultura da sociedade em que está inserido, revelando seu aspecto político.

Uma observação é necessária para os desdobramentos da ideia de que os envolvidos nessa pesquisa terão suas vidas perpassadas pelo caráter político, cultural e social que a sua existência lhes impõem, pelos quais suas vidas serão moldadas e seus destinos traçados, pois, os dados encontrados podem revelar aspectos significativos da marginalização que os envolve atualmente, bem como, as brechas que encontrariam para sobreviver.

Nesse sentido, parafraseando Castoriadis (2002, p.226) busca-se defender o ponto de vista de que todos devem ter acesso à arte como uma das formas para realização plena do ser. Ele observa que há quase dois séculos – período que chamamos de modernidade – responde-se a essa questão afirmando que a “cultura em uma sociedade democrática deve ser feita para todos e não apenas para uma elite como em sociedades não democráticas”, onde apenas uma

⁷⁹ CUCHE, Denis. *A Noção de Cultura nas Ciências Sociais*. Bauru: EDUSC, 2ª edição, 2002.

pequena parcela da população teria acesso aos bens e produtos culturais de sua terra e seu tempo, ela é, portanto, um produto de classe. Daí também uma defesa da necessidade da arte para os grupos aqui estudados.

Cornelius (2002, p.226) também define o que é cultura como tudo aquilo que “no domínio público de uma sociedade transpõe os limites do funcional e do instrumental, apresentando uma dimensão imperceptível, positivamente investida pelos indivíduos, aquilo que nela está ligado ao imaginário poético de uma sociedade”. Já democracia é termo utilizado em sua etimologia como “poder do povo”, pois, em uma democracia o povo é soberano, é a própria sociedade que cria suas instituições, ela se auto institui, autônoma. Sendo assim, oportunizar aos usuários dos CAPS o acesso à arte é também um gesto democrático, de respeito às leis e de ruptura com uma cultura de exclusão social.

Ele diz também que “o humano busca organizar o Caos que ele é a partir de um imaginário que atribua significação ao seu fazer, a sua vida, o elemento poético do homem, que dá origem à razão em si e quando organiza poeticamente, ele dá forma ao caos, essa forma é o sentido e a significação” (CASTORIADIS, 2002, p.231). Nessa definição, dentro de uma cultura, a arte é um elemento potente capaz de dar forma ao caos do que existe e de si mesmo, força libertadora do indivíduo, capaz de significar e atribuir sentidos, daí sua importância para a vida desses usuários em seu processo de reabilitação psicossocial.

Tendo em vista todos estes pressupostos, a expressão direitos humanos seria uma forma abreviada de mencionar os direitos fundamentais de qualquer pessoa e devem levar em consideração todos os elementos de sua condição. Esses direitos são considerados fundamentais porque sem eles o ser não consegue existir ou não é capaz de se desenvolver e de participar plenamente da vida social.

Estes aspectos foram vinculados à política, logo à história, quando nas revoluções burguesas se criaram instrumentos de proteção aos direitos do homem, fundando um Estado de Direito⁸⁰, ainda em fins do século XVIII, culminando com a promulgação da Declaração

⁸⁰ Para Covre (MANZINE-COVRE, 1991:19-20) “uma primeira aproximação à ideia de cidadania vale à pena retroceder às revoluções burguesas, particularmente à Revolução Francesa. Com elas estabelecem-se as Cartas Constitucionais que se opõem ao processo de normas difusas e indiscriminadas da sociedade feudal e às normas arbitrárias do regime monárquico ditatorial, anunciando uma relação jurídica centralizada, o chamado Estado de Direito. Este surge para estabelecer direitos iguais a todos os homens, ainda que perante a lei, e acenar ao fim da desigualdade a que os homens sempre foram relegados.” COVRE, Maria de Lourdes Manzini. *O que é Cidadania?* Coleção Primeiros Passos. São Paulo-SP. Editora brasiliense, 1991.

Universal dos Direitos do Homem e do Cidadão em 1789⁸¹, na França, documento que versava sobre “liberdade, igualdade de direitos, justiça e cidadania”, sendo considerado um texto fundante em defesa do ser humano.

Muito tempo se passou e na prática as modernas sociedades ocidentais levaram um longo período para que houvesse uma difusão mínima desses ideais pelo mundo, além disso, relembro que os alienados não participavam dessa regra, e por sua condição não possuíam cidadania, o que acabava por descaracterizá-los também como seres humanos, entregues ao bel-prazer dos regimes políticos de cada época, sejam totalitários ou democráticos, meramente como vidas nuas⁸².

Muitos também foram os esforços para propagar entre as nações condutas respaldadas pelos princípios dessa declaração, que mais tarde foram reiterados nas constituições⁸³ americana e francesa, sendo apenas ao fim da Segunda Guerra Mundial, depois dos genocídios cometidos contra populações e grupos inteiros, entre eles os loucos⁸⁴, é que foram

⁸¹ Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/Documentos-antiores-%C3%A0-cria%C3%A7%C3%A3o-da-Sociedade-das-Na%C3%A7%C3%B5es-at%C3%A9-1919/declaracao-de-direitos-do-homem-e-do-cidadao-1789.html>>. Acesso em: 17 Jan. de 2017.

⁸² Em Homo Sacer Agambem (AGAMBEM, 2004:61) que afirma: “quer o homem viva sob um regime totalitário quer sob um regime democrático, o exercício do poder político sobre a sua vida torna-o sujeito a ser despido de sua humanidade, atributo conferido pelo direito, tornando-se, assim, em mero ser vivente” e que pode ser sacrificado, o que justificaria fatos como o Holocausto, por exemplo. AGAMBEN, Giorgio. *O poder soberano e a vida nua: homo sacer I*. Belo Horizonte: UFMG, 2010.

⁸³ A Constituição “é um documento que limita o poder dos governantes e condensa a ideia dos direitos e da cidadania, único instrumento não violento para a segurança dos cidadãos, que não podem ser tratados arbitrariamente. Os homens de uma sociedade mantêm-se como cidadãos, à medida que partilham as mesmas normas e podem lançar mão delas para se defender. Constituição violada significa cair na tirania e no arbítrio dos que tem o poder político e/ou econômico.” MANZINE-COUVRE. Op. cit.p. 20, nota 80.

⁸⁴ Segundo a publicação do site oficial do United States Holocaust Memorial Museum em “tempos de guerra, segundo Hitler, são os melhores momentos para se eliminar os doentes incuráveis. Muitos alemães não queriam ser lembrados dos indivíduos incompatíveis com seu conceito de “raça superior”. Os deficientes físicos e mentais eram considerados “inúteis” à sociedade, uma ameaça à pureza genética ariana e, portanto, indignos de viver. No início da Segunda Guerra Mundial, indivíduos que tinham algum tipo de deficiência física, retardamento ou doença mental eram executados pelo programa que os nazistas chamavam de “T-4” ou “Eutanásia”. O programa “Eutanásia” não poderia ter funcionado sem a cooperação dos médicos alemães, pois eram eles que analisavam os arquivos médicos dos pacientes nas instituições em que trabalhavam, para determinar quais deficientes deveriam ser mortos e, ainda por cima, supervisionavam as execuções daqueles que deveriam por eles serem cuidados. Os pacientes “condenados” eram transferidos para seis instituições na Alemanha e na Áustria, onde eram mortos em câmaras de gás especialmente construídas para aquele fim. Bebês deficientes e crianças pequenas também eram assassinados com injeções de doses letais de drogas, ou por abandono, quando morriam de fome ou por falta de cuidados. Os corpos das vítimas eram queimados em grandes fornos chamados de *crematórios*. Apesar dos protestos públicos que se iniciaram em 1941, a liderança nazista tentou manter o programa em sigilo durante toda a Guerra. Cerca de 200.000 deficientes foram assassinados pelos nazistas entre 1940 e 1945. O programa T-4 tornou-se o modelo para o extermínio em massa de judeus, ciganos, e outras vítimas, nos campos equipados com câmaras de gás criados pelos nazistas em 1941 e 1942. O programa também serviu como centro de treinamento para os membros das SS que trabalhavam nos

reorganizados e ratificados quando se redigiu a Carta Universal dos Direitos Humanos⁸⁵, publicada pela Organização das Nações Unidas – ONU, em 1948:

Considerando que os povos das Nações Unidas reafirmaram, na Carta da ONU, sua fé nos direitos humanos fundamentais, na dignidade e no valor do ser humano e na igualdade de direitos entre homens e mulheres, e que decidiram promover o progresso social e melhores condições de vida em uma liberdade mais ampla... A Assembleia Geral proclama a presente Declaração Universal dos Direitos Humanos como o ideal comum a ser atingido por todos os povos e todas as nações...

Ela reza que todos os seres humanos devem ter asseguradas desde o nascimento, as condições mínimas para se tornar parte da humanidade, como também devem ter a possibilidade de receber os benefícios que a vida em sociedade pode lhes proporcionar. A esse conjunto de condições, associado às características dos seres humanos resultantes de sua organização social, é que se dá o nome de direitos humanos. São inerentes a todos, independentemente de raça, sexo, nacionalidade, etnia, idioma, religião ou qualquer outra condição e incluem o direito à vida e à liberdade, à liberdade de opinião e expressão, o direito ao trabalho e à educação, à alimentação e à água, à moradia e à saúde, essencialmente, de modo democrático.

Como no Brasil a maioria dos países também adotou constituições e outras leis que protegem os direitos humanos básicos, sendo que a linguagem utilizada pelos Estados vem muitas vezes de instrumentos internacionais, cujas normas consistem, principalmente, de tratados e costumes, bem como declarações, diretrizes e princípios, atesta a própria ONU. O que se relaciona com a legislação e os horizontes da Constituição Brasileira⁸⁶, a instituição do

campos de extermínio.” Disponível em <<https://www.ushmm.org/outreach/ptbr/article.php?ModuleId=10007683>>. Acesso em: 27 Ago. 2017.

⁸⁵ A Declaração dos Direitos Humanos pode ser lida na íntegra no site da ONU. Disponível em <<http://www.onu.org.br/img/2014/09/DUDH.pdf>>. Acesso em: 27 Ago. 2017.

⁸⁶ A atual Constituição Federal é a sétima na história do Brasil, e foi promulgada em 5 de outubro de 1988. De todas as atribuições de um presidente da República, a fundamental é zelar pela Constituição da República. O documento é um conjunto de regras de governo que rege o ordenamento jurídico de um País. A versão em vigor atualmente. O texto marcou o processo de redemocratização após período de regime militar (1964 a 1985). Em países democráticos, a Constituição é redigida por uma Assembleia Constituinte, formada por representantes escolhidos pelo povo. No Brasil, a Constituição de 1988 foi elaborada pelo Congresso Constituinte, composto por deputados e senadores eleitos democraticamente em 1986 e empossados em fevereiro de 1987. O trabalho, concluído em um ano e oito meses, permitiu avanços em áreas estratégicas como saúde (com a implementação do Sistema Único de Saúde), direito da criança e do adolescente e novo Código Civil. As normas previstas no texto consideradas irrevogáveis são chamadas cláusulas pétreas (não podem ser alteradas por emendas constitucionais). Entre elas estão o sistema federativo do Estado; o voto direto, secreto, universal e periódico; a separação dos Poderes; e os direitos e as garantias individuais. Mudanças pontuais no texto da Constituição estão

SUS e a atenção e os cuidados oferecidos pelos CAPS, por exemplo, baseados em parâmetros internacionais, como os difundidos por ela.

Segundo a Organização das Nações Unidas⁸⁷, esses direitos estão expressos em tratados, no direito internacional consuetudinário, ou seja, que se escreve pelos costumes de um povo, estabelecendo um conjunto de princípios que obrigaria os Estados a agirem de uma determinada maneira e os proibiria de se envolverem em atividades específicas:

Os direitos humanos são fundados sobre o respeito pela dignidade e o valor de cada pessoa; são universais, o que quer dizer que são aplicados de forma igual e sem discriminação a todas as pessoas; são inalienáveis, e ninguém pode ser privado de seus direitos humanos; eles podem ser limitados em situações específicas. Por exemplo, o direito à liberdade pode ser restringido se uma pessoa é considerada culpada de um crime diante de um tribunal e com o devido processo legal; são indivisíveis, inter-relacionados e interdependentes, já que é insuficiente respeitar alguns direitos humanos e outros não. Na prática, a violação de um direito vai afetar o respeito por muitos outros; Todos os direitos humanos devem, portanto, ser vistos como de igual importância, sendo igualmente essencial respeitar a dignidade e o valor de cada pessoa.

Mesmo vistos como de igual importância, dentre os direitos humanos mais comumente negados às populações e que está diretamente vinculado à essa pesquisa, um de seus artigos, o de número XXVII, que diz respeito da cultura e da arte, aqui merece destaque: “Todo ser humano tem o direito de participar livremente da vida cultural da comunidade, de fruir das artes e de participar do progresso científico e de seus benefícios” (ONU, 1948).

Não obstante, recupero também o Código de Nuremberg de 1947⁸⁸, como um conjunto de princípios éticos que visavam reger a pesquisa com seres humanos, sendo considerado

previstas e podem ser feitas através de emenda constitucional. Após 22 anos em vigor, a Constituição brasileira recebeu mais de 60 alterações. A Constituição deve regular e pacificar os conflitos e interesses de grupos que integram uma sociedade. Para isso, estabelece regras que tratam desde os direitos fundamentais do cidadão, até a organização dos Poderes; defesa do Estado e da Democracia; ordem econômica e social. Disponível em: <<http://www2.planalto.gov.br/acervo/constituicao-federal>>. Acesso em: 15 ago. 2017.

⁸⁷ Extraído do site da ONU – Organização das Nações Unidas. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/direitoshumanos/>. Acesso em: 6 abr. 2017

⁸⁸ Segundo Albuquerque “entre os anos 1946 e 1947, vinte e três médicos nazistas foram julgados em Nuremberg, Alemanha, sob a acusação, formulada pelos Estados Unidos da América (EUA), por crimes relacionados à investigação científica e médica envolvendo seres humanos, enquadrados pelo Tribunal como crimes contra a humanidade e de guerra. Dentre os crimes praticados em nome do progresso científico e médico, destacam-se: a manutenção de vítimas desnudas em temperaturas baixíssimas por mais de dez horas ou em tanques de água congelada; a infecção de pessoas saudáveis por meio de picadas de mosquitos da malária; a submissão de vítimas à inalação do gás mostarda; o não tratamento de pessoas feridas, com a intenção de verificar o processo da gangrena; e a esterilização diária das vítimas.” ALBUQUERQUE, Aline. *Para uma ética em pesquisa fundada nos Direitos Humanos*. Revista Bioética, (Impr.). 2013; 21(3): 412-22.

como uma das consequências dos Processos de Guerra de Nuremberg, ocorridos ao fim do conflito, período em que há no Brasil uma extensa literatura médica psiquiátrica sobre a prática de cruéis psicocirurgias nos manicômios brasileiros, como as realizadas no Juquery, por exemplo, que serão recuperadas mais adiante.

Se privados se encontram de seus direitos como seres humanos, logo são privados de sua cidadania, conforme o sociólogo Lucas Coelho Brandão⁸⁹ em seu artigo “Luta pela Cidadania no Brasil” retomando que na Grécia Antiga duas ideias eram essenciais ao status de cidadão em algumas cidades gregas: a isonomia – igualdade perante a lei - e a isogoria - a igual liberdade de palavra, conceitos que nortearão a discussão dos jusnaturalistas⁹⁰ e dos teóricos contemporâneos.

A cidadania moderna, tal como é compreendida hoje, tem sua origem na formação do Estado de Direito e nas relações entre os ideais de liberdade e de igualdade que dão a ela uma forma política. Nesse sentido, T. H. Marshall⁹¹ em seu Cidadania, Classe Social e Status (MARSHALL, apud. BRANDÃO, 2014, p.2) trataria do tema identificando três dimensões básicas do que chamamos de cidadania: direitos civis, políticos e sociais. Para ele os direitos individuais são inseparáveis da cidadania e pertencentes à uma comunidade têm direitos e também responsabilidades.

Os direitos Civis seriam “aqueles direitos necessários à liberdade individual – liberdade de ir e vir, liberdade de imprensa, pensamento e fé, o direito à propriedade e de concluir contratos válidos e o direito à justiça” e, além disso, para o autor “os tribunais de justiça desempenhariam um papel crucial na garantia dos direitos civis” (MARSHALL, apud. BRANDÃO, 2014, p.2).

Os Direitos Políticos estão relacionados “à participação no exercício do poder político, como membro de um organismo investido de autoridade política ou como um eleitor dos membros de tal organismo.” Já os Direitos Sociais dizem respeito “a tudo o que vai desde o

⁸⁹ BRANDÃO, Lucas Coelho. Luta pela Cidadania no Brasil. Artigo de Mestrado da Universidade de São Paulo, 2014.

⁹⁰ Jusnaturalismo é o Direito Natural, ou seja, todos os princípios, normas e direitos que se têm como ideia universal e imutável de justiça e independente da vontade humana. De acordo com a Teoria do Jusnaturalismo, o direito é algo natural e anterior ao ser humano, devendo seguir sempre aquilo que condiz aos valores da humanidade (direito à vida, à liberdade, à dignidade, etc) e ao ideal de justiça. Desta forma, as leis que compõem o jusnaturalismo são tidas como imutáveis, universais, atemporais e invioláveis, pois estão presentes na natureza do ser humano. Em suma, o Direito Natural está baseado no bom senso, sendo este pautado nos princípios da moral, ética, equidade entre todos os indivíduos e liberdade. Disponível em: <<https://www.significados.com.br/jusnaturalismo/>>. Acesso em: 15 ago.2017

⁹¹ MARSHALL, T. H. [1949]. Cidadania, Classe Social e Status. Rio de Janeiro: Zahar, 1967.

direito a um mínimo de bem-estar econômico e segurança até o direito de participar, por completo, da herança social e levar a vida de um ser civilizado, de acordo com os padrões que prevalecem na sociedade” (MARSHALL, apud. BRANDÃO, 2014, p.2).

Também deve-se considerar as lutas pela conquista dessa cidadania, o que se relaciona diretamente com a maneira como se deu a reforma psiquiátrica no Brasil, ainda em andamento, se levarmos em consideração o movimento de luta antimanicomial, fundado por grupos de interesse⁹² da sociedade civil, que, desde os anos 70, lutam pelo respeito aos direitos humanos, pela cidadania e pelas melhorias no tratamento aos usuários desse sistema. Sendo assim, segundo Brandão (2014, p.2) Marshall afirmaria que:

[...] as lutas pela extensão da cidadania visam corrigir a falta de igualdade perante a lei que é teoricamente garantida pelos direitos civis, frente à estratificação social, como o principal meio político para resolver, ou ao menos conter, as contradições entre a igualdade política formal e a extensiva desigualdade social e econômica oriunda, em última instância, do caráter do mercado capitalista e da existência da propriedade privada.

Para compreender seu uso ao longo do tempo e aprofundar-se no assunto vale consultar uma obra introdutória, “O que é Cidadania?”⁹³, da professora Maria de Lourdes Manzini-Covre que elabora a história do conceito e seu diversificado uso e entendimento - desde o surgimento ainda na Grécia Antiga, ao desenvolvimento da burguesia o século XV; o desenvolvimento do capitalismo e das jovens nações; a exploração do conceito nas diferentes teorias sociais elaboradas como em Locke, Rousseau ou Karl Marx, seu uso a favor de um capitalismo monopolista, bem como, as lutas pela extensão da cidadania – que permanece em “constante construção”, como ela mesma diz (MANZINI-COVRE, 1991, p.80).

Em síntese ela nos ensina que “ser cidadão significa ter direitos e deveres, ser súdito e ser soberano” e que isso está inscrito na própria Declaração dos Direitos Humanos. Sua proposta mais importante é de que “todos os homens são iguais ainda que perante a lei, sem discriminação de raça, credo e cor” e, ainda, que cabe a todos o “domínio sobre seu corpo e sua vida, o acesso à um salário condizente para promover a própria vida, o direito à educação,

⁹² Segundo Bobbio “sua definição mais explícita se acha em Truman, para o qual grupo de interesse é qualquer grupo que, à base de um ou vários comportamentos de participação, leva adiante certas reivindicações em relação a outros grupos sociais, com o fim de instaurar, manter ou ampliar formas de comportamento que são inerentes às atitudes condividas. BOBBIO. Op. Cit. p. 564, nota 44.

⁹³ COVRE, Maria de Lourdes Manzini. O que é Cidadania? Coleção Primeiros Passos. São Paulo-SP. Editora brasiliense, 1991.

à saúde, à habitação, ao lazer”, complementando ainda que, como parte desse entendimento, cidadania também (MANZINI-COVRE, 1991, p.9):

... é direito de todos poder expressar-se livremente, militar em partidos políticos e sindicatos, fomentar movimentos sociais, lutar por seus valores. Enfim, o direito de ter uma vida digna, de ser homem. Isso tudo diz respeito aos direitos do cidadão. Ele também deve ter deveres: ser o próprio fomentador da existência do direito de todos, ter responsabilidade em conjunto pela coletividade, cumprir as normas e propostas elaboradas e decididas coletivamente, fazer parte do governo, direta ou indiretamente, ao votar, ao pressionar através dos movimentos sociais, ao participar de assembleias – no bairro, sindicato, partido ou escola. E mais: pressionar os governos municipal, estadual, federal e mundial (em nível de grandes organismos internacionais como o Fundo Monetário Internacional – FMI).

Compreender essa conceituação de direitos humanos e sua intrincada relação com a cidadania nos ajudará a elaborar uma interpretação da realidade observada no trabalho de campo, na análise das entrevistas, em seus hábitos, no que diz respeito às lutas por esses direitos, bem como, sobre a importância da atuação do Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental – MTSM, fundamental para que houvesse reformas e conquistas nesse campo, levando em conta que essa cidadania permanece em constante construção, como afirma Covre (1991, p.82):

E ainda que, com a cidadania em construção, pode-se dizer que se está para além da própria concepção de cidadania burguesa, de uma cidadania que não está presa ao Estado, mas que se utiliza deste, que se desenvolve a partir do que hoje se chama de sociedade civil, e que leva em conta as particularidades dos grupos e dos indivíduos.

Pode-se afirmar que quando os direitos políticos, civis e sociais de um indivíduo não são respeitados, eles são, logo, socialmente excluídos dessa tal democracia de que gozam as modernas sociedades ocidentais, como o Brasil, sendo destituídos ao mesmo tempo de seus direitos como seres humanos e como cidadãos, como pode ser o caso de muitos dos usuários dos CAPS e de seus familiares, além do descumprimento da própria constituição brasileira e da legislação que os instaura como um ponto estratégico de atenção especializada à saúde mental.

Há de se ressaltar, ainda, uma complexa relação entre direitos humanos, cidadania, democracia e políticas públicas, como bem nos esclarece Simon Schwartzman⁹⁴ (2004, p.134-5), pois, para ele “políticas sociais baseadas na capacidade de certos grupos de se mobilizar em prol de seus interesses e motivações correm grande risco de deixar de lado os interesses e as necessidades daqueles menos capazes de se organizar”, o que nos remete aos diversos setores sociais que se mobilizam a favor dos direitos dos usuários da saúde mental no Brasil.

Embora essa seja uma realidade que parece distante em nosso país, ele afirma que para que existam e se implemente “políticas baseadas nos princípios dos direitos humanos, as democracias modernas exigem instituições democráticas bem estabelecidas, espaço para a administração profissional, normas legais estáveis e liberdade individual” (SCHWARTZMAN, 2004, p.135).

Schwartzman (2004, p. 134-5) ainda deixa um relevante questionamento que nos cabe aqui relembrar: “Será que os direitos humanos, orientados para o “interesse ideal”, são mais apropriados para a implementação de políticas específicas do que a abordagem racional, de “interesse material”, preferida pelos economistas?”, e nos mostra como Varun Guari (GUARI. Apud. SCHWARTZMAN, 2004, p.132) discute a implementação de políticas na área da saúde em países em desenvolvimento, como o Brasil, dizendo que “defensores dos direitos e economistas concordam quanto aos efeitos práticos que devemos esperar dos serviços de saúde”.

Ele (SCHWARTZMAN, 2004, p.132) diz ainda que “uma abordagem econômica moderna dos serviços de saúde nos países em desenvolvimento também destaca a necessidade de fortalecimento da prestação de contas, governança setorial, transparência e acesso à informação”, o que novamente relaciona essa discussão às ciências políticas.

Para uma melhoria nos serviços Schwartzman (2004, p.133) recomenda ainda que haja “mais aportes do paciente nas tomadas de decisão no setor de saúde, mais organizações civis locais efetivas para monitorar o desempenho do fornecimento de serviços, mais transparência e leis claras para as alocações orçamentárias, e uma simplificação da administração e da governança”. Nesta abordagem a meta seria “fortalecer a posição dos destinatários do serviço”, como familiares e usuários dos CAPS.

⁹⁴ Schwartzman, Simon. Pobreza, exclusão social e modernidade: Uma introdução ao mundo contemporâneo. Augurium Editora, São Paulo, 2004. 185 p.

Além disso, com poucas oportunidades educacionais e profissionais, arrastados pela pobreza, pela falta de acesso e de atenção especializada, podemos dizer que este grupo vive em situação de vulnerabilidade e de exclusão social, se levarmos em consideração que os sujeitos dessa pesquisa fazem parte de um “problema central da sociedade contemporânea: milhões de seres humanos destituídos de condições de vida ou de pleno acesso aos direitos universais” como diz Fabíola Zioni⁹⁵ (2006, p.16) em seu artigo *Exclusão Social: noção ou conceito?*

Nele (ZIONI, 2006, p.16) ela nos ensina que para compreender tal expressão é necessário “a identificação de paradigmas teóricos explicativos”, pois, a partir dos anos 80, o termo teria adquirido “uma grande visibilidade no debate político e teórico internacional” na busca de uma explicação e entendimento de “um fenômeno geral de empobrecimento e carências” que massacra milhares de indivíduos pelo mundo todo.

Para explicar o termo é essencial discutir essa noção ou conceito⁹⁶ que causa polêmicas e controvérsias sendo “necessário proceder a uma reconstrução do processo de sua elaboração, emergência e consolidação no campo do pensamento social” que segundo a professora Zioni, apresentaria quatro etapas: “Explicações Psicológicas; Condições de Moradia e Pobreza; Os Irredutíveis: inaptos para o progresso; Deficientes ou Marginais; Os Novos Pobres e a Consolidação do Termo Exclusão Social” (FRETIGNÉ, 1999. apud. ZIONI, 2006, p.16).

No estudo desses pressupostos é possível identificar aspectos relacionados à história de violência e exclusão do grupo aqui estudado, pois, inicialmente a explicação de que os pobres seriam totalmente responsáveis pela sua situação teria sido desmistificada pelo crônico déficit habitacional causado na França pela destruição provocada pelos conflitos durante a Segunda Guerra Mundial, cuja construção de moradias projetadas por critérios racionais, segundo o urbanismo modernista, para os trabalhadores que viviam em condições precárias, poderia sanar a questão da pobreza no país, acreditava-se na época.

⁹⁵ Fabíola Zioni⁹⁵ é professora Associada do Departamento de Prática em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da USP. ZIONI, Fabíola. *Exclusão Social: noção ou conceito?* Revista Saúde e Sociedade v.15, n.3, p.15-29, set-dez 2006.

⁹⁶ Zioni define noções como aquelas que “podem constituir os elementos iniciais de um processo de conhecimento, pois, não apresentam clareza suficiente e são usados como imagens na explicação do real”. Por sua vez conceitos seriam “unidades de significação que definem forma e conteúdo de uma teoria, representam as vigas-mestras de toda construção teórica... um caminho de ordenação da realidade. Id. p. 26.

Anos mais tarde, a partir de 1955 constatou-se uma queda neste déficit, mas que ainda sobriam camadas da população sobre as quais o poder público não sabia como agir, cujos pobres eram considerados “inaptos para o progresso” e que são apresentados como “pobres de longa data, pessoas mentalmente desequilibradas, infelizes desprovidos de toda esperança, homens e mulheres enfraquecidos ou corrompidos pela vida, cuja readaptação à sociedade constitui-se como tarefa imprescindível” (FRETIGNÉ, 1999. apud. ZIONI, 2006, p.17).

A autora (ZIONI, 2006, p.17) assinala ainda que nessa “memória social e histórica” a situação de pobreza correspondia a uma situação de “inadaptação social” e seu “afastamento corresponderia a uma política de quarentena, de saúde pública, para corrigir-se esse problema”, o que muito se relaciona ao território de exclusão ocupado pelos antigos manicômios, cuja relação o CAPS deveria corrigir como um serviço público de portas abertas que deve favorecer a inserção social de seus usuários e familiares.

Segundo ela “situações atípicas de moradia, emprego e de estilo de vida eram vistas como enfermidade, anormalidade ou amoralidade; a inserção das populações com problemas apelava a uma terapêutica social que tomava a forma de um acompanhamento psicológico e clínico”, assinalando que, a partir dos anos 1970, inverteu-se a causalidade da pobreza e a sociedade teria sido colocada sob suspeita, pois, essa nova pobreza e depois a exclusão foram interpretadas como “uma consequência direta da incapacidade por parte da sociedade em inserir seus membros e não mais como o fruto de uma incapacidade individual em se solidarizar com o todo social” (PAUGAM, 1996. apud. ZIONI, 2006, p.17).

Na mesma época foi publicado o livro de René Lenoir, “Les exclus, un français sur dix”, 1974, obra que estabelece o sentido do termo “exclusão”, segundo a autora. Para ela, Lenoir seria o autor que mais se aproxima do uso contemporâneo dessa noção; trata da exclusão mais como uma inadaptação social fugindo de “determinações unilateralmente psicologizantes”, cuja exclusão “seria um fenômeno irreduzivelmente social”; pois, o problema surgiria da própria organização social, “não se tratando de pobreza individual, mas de disfunção social” (ZIONI, 2006, p.17).

No entanto, com os efeitos da crise do petróleo e as grandes transformações no processo produtivo devido às inovações da tecnologia, nos anos 80, a situação de desemprego teria se tornado a explicação central para essa nova pobreza que corresponderia “a uma população cuja participação na vida econômica e social seria conjunturalmente aleatória” (ZIONI, 2006:17) e que nos anos 90 a expressão se consagraria como um novo modo de

entendimento da questão social apontado por Fretigné (FRETIGNÉ, 1999. apud. ZIONI, 2006, p.18):

[...] a tendência à precariedade, à marginalidade, antes tratada como periférica, “tornou-se central; o recrutamento social de pobres alargava-se à custa de novas fatias da população; a impiedosa espiral da exclusão remetia duramente esses grupos populacionais em direção ao “bas fond”; a exclusão assumiu a cena pública e tornou-se o grande medo do fim do século.

No entanto, Zioni (2006, p.19) nos explica que a expressão “exclusão social” seria mais bem aceita quando a ideia de inadaptação social foi substituída pelo tema do desemprego como aspecto central do problema e “pela consciência de que se estaria diante de um conjunto heterogêneo de situações instáveis, produtoras de novas dificuldades para grupos da população, até o momento considerados ao abrigo da pobreza” e, sendo assim, a questão social passaria a ser representada “como um risco para grupos da população perfeitamente adaptados à sociedade moderna, vitimados, porém, pela conjuntura econômica e pela crise do emprego”.

Ela expõe que atualmente teóricos das ciências sociais apresentam variações desse paradigma a fim de dar conta de problemas de nossa época, cujo termo encontraria subsídios importantes em trabalhos como o de D’Allondans, pois, para ele “exclusão social” pode ser entendida como “uma construção social: produto histórico de mecanismos sociais e não um estado resultante de atributos individuais e coletivos”, considerando que muitos estudiosos reconhecem que “os processos de exclusão derivam do desmantelamento das identidades coletivas, ligado ao fim das grandes unidades industriais que contribuíam para certa homogeneização social” (D’ALLONDANS, 2003. apud. ZIONI, 2006, p.20).

O mesmo autor apresentaria uma diversidade de entendimentos sobre a expressão, elencando diferentes definições e paradigmas filosóficos relacionados ao problema e às “políticas engendradas para sua solução ou encaminhamento”, cuja reflexão deságua na identificação de variadas orientações sociológicas, compreendidas como “principais e/ou complementares”(D’ALLONDANS, 2003. apud. ZIONI, 2006, p.20).

Ele cita ainda autores como Xiberras (D’ALLONDANS. apud. ZIONI, 2006, p.20) que define exclusão “como um processo multidimensional – totalmente novo – que atinge muitas pessoas, em qualquer situação social ou em qualquer aspecto de sua existência.” Já em Rosanvallonn, encontra-se a ideia de que ela seria “resultado de um processo de desagregação,

de uma falha do tecido social, o conceito central é hoje muito mais o de precariedade ou de vulnerabilidade” (ROSANVALLONN, apud. ZIONI, 2006, p.20).

Por sua vez Touraine salientaria uma definição e visão de sociedade em que “a exclusão caracteriza uma sociedade horizontal na qual é importante saber se nos encontramos próximos do centro ou se fomos rejeitados para as trevas exteriores da periferia, em oposição a uma sociedade vertical na qual se trata somente de saber se estamos situados mais ou menos ao alto da hierarquia” (D’ALLONDANS. apud. ZIONI, 2006, p.20).

A autora diz que tal percepção poderia ser encontrada também em Donzelot, para o qual a exclusão é “uma etapa na qual a ausência de atores ou conflitos torna impossível o processo de integração: a relação entre os polos da sociedade não tem mais a forma de um face a face, mas de um lado a lado” (DONZELOT. apud. ZIONI, 2006, p.20). Por sua vez, Wieviorka (WIEVIORKA. apud. ZIONI, 2006, p.20) define que “as estratégias que veiculam a noção de exclusão parecem implicar em um vazio social, anomia, carência, sofrimento, perda de suporte”, para ele seria preferível a noção de desqualificação, encontrada em Paugam, ou desfiliação, conforme o postulado de Castel.

A partir disso ela (ZIONI, 2006, p.21) considera que frente aos “diferentes significados que podem ser atribuídos à exclusão social”, seria preciso identificar diferentes paradigmas das ciências sociais, assim como de diferentes orientações de integração social.

Há ainda a classificação de Silver que apresenta diferentes definições de acordo com três tipos de orientações sociológicas: o paradigma republicano ou da solidariedade, o da especialização e o social-democrata. O republicano utiliza o termo como uma “ruptura do vínculo social”, tratado como “uma deficiência de solidariedade mais do que uma questão econômica ou política” (SILVER. apud. ZIONI, 2006, p.21).

Já o da especialização teria “uma orientação liberal”, considerando a diferenciação social como uma experiência individual – a partir de critérios de eficiência ou de liberdade de escolha. Por sua vez a teoria social-democrata trata da noção de uma nova pobreza, entendendo a exclusão social como fruto da “interação entre as classes sociais e o poder político” seguido por teóricos como Bourdieu, afirma (ZIONI, 2006, p.21).

No artigo de Zioni (2006, p.20-22) pode se destacar ainda três diferentes vertentes de explicação do termo exclusão social e que são relevantes para esse estudo, tais como: a desqualificação social, a desinserção social e a desfiliação. A Desqualificação Social, criado por Paugam seria um “descrédito em que caíam aqueles que não participam mais

plenamente da sociedade”. A desinserção social, desenvolvida por Gaulejac e Leonetti em 1997, considera que o que deve ser estudado é “o processo que conduz à desclassificação, denominada desinserção social”, pois, cada época produziria seu pobre; essa “seria um fenômeno individual produzido pela substituição da luta de classes pela luta por lugares, posições”. Finalmente, a “desfiliação” refere-se à obra de Castel, 2003, “que caracterizaria um processo de ruptura da coesão social, processo esse que atinge um número considerável de pessoas particularmente frágeis”. Segundo sua síntese (ZIONI, 2006, p.22):

[...] a desfiliação faria com que os indivíduos não estejam mais inscritos nas formas coletivas de regulação, de proteção social, o que os torna “indivíduos portadores de carências”, desde econômicas até simbólicas. Têm-se, então, indivíduos desconectados da sociedade, salientando-se, porém, que esse conceito refere-se a processos feitos de rupturas e pertencimentos e não a uma situação estática.

Nesse trabalho Castel apontaria para “três zonas de variação da coesão social: uma zona de integração social; uma zona de vulnerabilidade onde se acumulam precariedade de empregos e fragilidade de suportes relacionais e uma zona de exclusão onde estão concentrados os indivíduos mais fragilizados” (CASTEL. apud. ZIONI, 2006, p.23).

Utilizada nesse estudo a noção de vulnerabilidade é uma zona intermediária que se constitui como fronteira e que busca “entender como se dá a passagem de um espaço para o outro, sendo que a “exclusão”, assim, estaria colocada como uma possibilidade, um risco” (CASTEL. Apud. ZIONI, 2006, p.23). Pois, se arrastados pela pobreza são os usuários dos CAPS, devido suas condições de saúde que os estigmatiza, marca e exclui, tratar do significado das expressões vulnerabilidade e exclusão social é essencial para compreender sua condição e os fatores que os levam para as classes mais desfavorecidas de nossa sociedade.

Subsidiado pela história e fundamentado pela antropologia e pela filosofia, pelas ciências sociais e políticas, posso afirmar que as atividades expressivas, comunicativas e corporais desenvolvidas pelos CAPS são ferramentas fundamentais, garantidas por lei, no processo de reabilitação psicossocial de usuários e seus familiares, pois, são formas de atribuir significação e significados à existência humana, de realização da linguagem, do potencial criativo e de comunicação, de trabalho e geração de renda, de ação e de inserção social, de socialização e convívio, de respeito à dignidade humana, operando em conformidade com instrumentos internacionais de defesa aos direitos humanos, de cumprimento da constituição

brasileira e de sua própria legislação, bem como, de forma democrática, podem contribuir para um pleno exercício de sua cidadania, além de serem formas de atenuar os impactos causados pela marginalização imposta a estas pessoas, causadora de estigmas, cujas ressonâncias do passado ainda ecoam em seu presente.

Capítulo 3 –Loucura: território de violência e exclusão

“O interesse no passado está em esclarecer o presente.”
Marc Bloch

Ao longo do tempo as pessoas com transtornos mentais foram chamadas de insanas, lunáticas, alienadas, loucas, e eram, até pouco tempo, permanentemente retiradas do convívio social, condenadas ao degredo entre os muros de um Hospital Geral, de uma casa de correção, de uma casa de força ou de trabalho, nas colônias ou nos hospícios, caracterizando o lugar da loucura como um “território de violência e exclusão”, diria Basaglia⁹⁷ (BASAGLIA, 1985:101), que deixou marcas profundas em nossas consciências, expostas em nosso cotidiano, cuja história continua a ser escrita e, ainda hoje, estas pessoas, dentre elas os usuários dos CAPS, sofrem pela negligência dos Estados para com seus cidadãos e pelo preconceito instalado em nossas sociedades, como avalia a Dra. Gro Harlem Brundtland⁹⁸ (OMS, 2002:10):

As estimativas iniciais indicam que cerca de 450 milhões de pessoas atualmente vivas sofram de perturbações mentais ou neurobiológicas ou, então, de problemas psicossociais, como os relacionados com o abuso de álcool e de drogas. Muitas sofrem em silêncio. Além do sofrimento e da falta de cuidados, encontram-se às fronteiras do estigma, da vergonha, da exclusão e, mais frequentemente do que desejaríamos reconhecer, da morte.

Esse sofrimento representa ressonâncias do passado que insistem em ecoar no presente, pois, durante séculos, o medo, o repúdio, o desconhecimento, o desprezo, o expurgo, a não representação social e política, os levaram à exclusão, ao banimento, à marginalização, ao aprisionamento, à tortura e à violência contra seus corpos, destituídos totalmente de seus direitos como seres humanos e como cidadãos, atrás das grades de longas internações tornaram-se vidas completamente nuas.

Essa nudez os despoja e se mantêm resistente, como afirmava a doutora Gro Harlem Brundtland, então diretora da OMS, quando da publicação do Relatório Mundial da Saúde

⁹⁷ A Instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico / coordenado por Franco Basaglia; tradução de Heloisa Jahn. - Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985, 323p.

⁹⁸ Dra Gro Harlem Brundtland, diretora geral da OMS quando da publicação do Relatório Mundial da Saúde - Saúde mental: nova concepção, nova esperança, 1.ª edição, Lisboa, Abril de 2002, p.10.

Mental em 2002, apelando para a sensibilização dos governos frente ao drama daqueles que sofrem em função de sua condição de saúde mental, ao mesmo tempo em que ressalta a multidão que, pelo mundo afora, padece pelo descaso de seus governantes, em uma história que continua a os marcar e excluir.

Ora com a intenção de purificá-los, salvá-los, ora de educá-los moralmente ou curá-los, seu destino foi traçado, por um extenso período rumo a um caminho sem volta, para sua morte social⁹⁹. Ao longo dos séculos essa terra de internamentos foi mantida pela igreja católica, pelas finanças públicas ou por associações da sociedade civil, dentro dos muros que os delimitavam eram jogados e ali esquecidos, sofrendo na carne a lâmina dos estigmas que carregavam e carregam. Como destaca o próprio Ministério da Saúde (BRASIL, 2003, p.12):

A exclusão social e a ausência de cuidados que atingem, de forma histórica e contínua, aqueles que sofrem de transtornos mentais, apontam para a necessidade da reversão de modelos assistenciais que não contemplam as reais necessidades de uma população. Isto é uma demanda mundial, amplamente respaldada por evidências científicas.

Mais tarde, outro relatório publicado pela organização em setembro de 2010¹⁰⁰, em Nova York, demonstrava que muitos dos programas de desenvolvimento e luta contra a pobreza não atingem as pessoas com deficiências mentais ou psicológicas, que entre 75% e 85% delas não têm acesso a qualquer forma de tratamento em saúde mental, que a taxa de desemprego entre essas pessoas chega a 90%, além de não terem acesso à oportunidades educacionais que atendam à seu pleno potencial como ser humano.

Nesse ponto, há de se salientar também os fatores sociais e econômicos que estão relacionados à saúde mental, ou à sua degradação, como bem descrevem Stuart e Laraia (STUART, LARAIA, apud. SOUZA, 2007, p.63) que relacionam a questão da renda familiar com a situação psiquiátrica:

[...] os efeitos negativos da pobreza sobre a saúde mental são sérios, independentemente de idade, etnia ou gênero, como comprovam muitos

⁹⁹ Segundo Berger (1985) “a separação radical do mundo social ou anomia, constitui-se numa séria ameaça ao indivíduo, que pode perder não apenas os laços que os satisfazem emocionalmente, mas a orientação na sua experiência de vida. Em casos extremos chega a perder o senso de realidade e identidade. Torna-se anômico no sentido de se tornar sem mundo.” (BERGER, 1985, p. 34)

¹⁰⁰ Extraído do texto “Tener en cuenta a las personas con discapacidades mentales” do site oficial da OMS, uma notícia a respeito do Relatório Mundial de Saúde Mental de 2010. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2010/mental_disabilities_20100916/es/>. Acesso em: 01 fev. 2017.

levantamentos comunitários que descrevem uma relação entre baixa situação socioeconômica e nível aumentado de sintomas psiquiátricos [...] Alguns pesquisadores acreditam que a diferença no risco para transtornos psiquiátricos entre os grupos deve-se principalmente à estratificação social e à pobreza, com os da base da pirâmide enfrentando mais problemas diários que os do topo.

A falta de emprego, a baixa escolaridade, a falta de coesão familiar, a precariedade da habitação, o estresse dos grandes centros urbanos ou, até mesmo, o isolamento em áreas rurais, são fatores vinculados à pobreza e Basaglia acredita que “o combate à doença mental é a luta contra a miséria” no âmbito da própria comunidade em que se vive, cujo estado miserável seria também uma forma de “produção de um mal-estar social”, inclusive da loucura, pois, as pessoas que vivem essa situação são forçadas a um “regime alimentar carente, apresentam baixos níveis de saúde e sofrem mutilações psíquicas que as discriminam, tornando-as ainda mais vulneráveis às doenças mentais” (BASAGLIA, apud. FILHA, 2003)¹⁰¹.

Autores como Alves e Rodrigues (2010, p.129) apontam que a relação entre a pobreza e a saúde mental é complexa e tem sido extensamente estudada e pode, segundo eles, ser identificada em pelo menos três níveis de associação:

[...] a causalidade social - que postula uma associação entre baixo nível sócio econômico e uma maior adversidade ambiental; a seleção social - que defende que os transtornos mentais ocorrem com maior frequência associados a um baixo nível sócio econômico, contribuindo para que essas pessoas sejam “arrastadas” para os estratos mais baixos e; por fim, outra vertente em que a pobreza está associada à atenção em saúde mental - que não conformam cuidados compreensivos, culturalmente apropriados e que tenham em conta as necessidades e o contexto do doente, e não apenas os fármacos e intervenções psicoterapêuticas e psicossociais disponíveis.

O que corrobora com os esclarecimentos do Atlas da Saúde Mental da ONU, publicado em 2014, que afirma que as pessoas que sofrem de transtornos mentais enfrentam um acesso desigual aos cuidados especializados e pede aos governos que aumentem o financiamento para esses serviços, visto que, os gastos globais continuam muito baixos.

¹⁰¹ FILHA, Maria de Oliveira Ferreira. SILVA, Ana Tereza Medeiros C. LAZARTE, Rolando. *Saúde Mental e Pobreza no Brasil: desafios atuais*. Disponível em <<http://www.consciencia.net/2003/12/12/saudemental.html>>. Acesso em: 06. Fev. 2017.

Segundo o estudo, em países de renda alta, destinam-se para a área mais de cinquenta¹⁰² dólares por habitante anualmente, enquanto países de baixa e média renda dedicam menos de dois dólares por ano à essa população, além disso, há uma média de apenas menos de um agente de saúde mental para cada cem mil pessoas nesses países, enquanto a média global é de menos de um agente para cada dez mil pessoas.

Todos esses dados refletem a omissão dos governos e a falta de investimentos na atenção especializada à saúde mental, considerando o número dramático de pessoas em sofrimento, o que aflige uma em cada quatro pessoas em todo o mundo, como exemplifica a OMS (2002, p.9), uma realidade também observada no Brasil¹⁰³.

Portanto, traçar aqui um breve panorama histórico e cronológico, que vai desde o surgimento dos asilos aos hospitais psiquiátricos, tratar de como foi chegada dessas instituições no país, dar alguns exemplos dos maus tratos e violação dos direitos humanos que ocorriam e ocorrem ainda hoje por aqui, tratar das forças internas e externas que levaram à elaboração de leis e a implantação de uma rede de cuidados em substituição ao antigo modelo hospitalocêntrico, que ainda não fora totalmente suplantado, deve proporcionar uma contextualização sobre o presente em que vivem as pessoas com transtornos mentais, os usuários dos CAPS, e como o tratamento dispensado a eles a longo do tempo, acaba por caracterizar muito das mentalidades e das estruturas sociais e culturais que se movem lentamente, fazendo perdurar o peso do estigma que carregam ainda hoje.

Esse descaso político e preconceito social dos quais falam a OMS e o Ministério da Saúde, têm raízes profundas e para trazê-las à superfície é preciso evocar a força da História da Loucura na Idade Clássica de Michel Foucault¹⁰⁴, que nos apresenta uma perspectiva histórica sobre o tema, destacando a forma como se construíram os asilos para aqueles que eram temidos ou considerados perigosos e deixaram marcas em nossas modernas sociedades ocidentais.

Segundo ele, inicialmente se identificam esses asilos com antigos leprosários, que retiravam do convívio social aqueles que, por desígnio divino, contaminaram-se com a doença

¹⁰² Dados extraídos de notícia sobre o Atlas Mundial da Saúde Mental, na página oficial das Nações Unidas. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/uma-em-cada-10-pessoas-sofre-de-doenca-de-saude-mental-oms/>>. Acesso em 01 fev. 2017

¹⁰³ Conforme estatísticas do Ministério da Saúde que apontam que quase um quarto da população possa desenvolver algum tipo de transtornos mentais sejam eles leves, moderados, graves ou persistentes, além de que uma parte dessa população faça uso abusivo de álcool e outras drogas.

¹⁰⁴ FOUCAULT, Michael. *História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1978. 608 p.

da lepra¹⁰⁵, enfermidade conhecida pelas civilizações da Antiguidade¹⁰⁶, hoje chamada de Hanseníase, cujo tratamento foi desconhecido durante séculos e, até recentemente, incurável¹⁰⁷.

Sua retirada se dava por meio de um rito¹⁰⁸ que pregava o “abandono como forma de salvação”, tanto do doente quanto da própria comunidade, e seu exílio representava uma nova oportunidade de “comunhão com Deus”, que os havia marcado com sua cólera ao mesmo tempo em que demonstrava sua bondade”, justificando como o medo e o horror à essa afecção levava as comunidades e seus representantes, por piedade, a banirem esses indivíduos, expurgando-os para longe. Há vestígios da fundação desses lazaretos no continente europeu que datam do século VII, legado da cultura árabe onde, segundo o estudioso, se originaram as práticas asilares.

Eles também teriam fundado hospitais verdadeiramente voltados aos insanos, na cidade de Fez, no mesmo período, ou também em Bagdá, por volta do fim do século XII, e com certeza no Cairo no decorrer do século seguinte, onde “se praticava uma espécie de cura da alma¹⁰⁹ na qual intervêm a música, a dança, os espetáculos e a audição de narrativas fabulosas. São médicos que dirigem a cura, decidindo interrompê-la quando a consideram bem sucedida”, práticas que desapareceriam mais tarde e que o filósofo considera uma “involução” (FOUCAULT, 1978, p.133).

¹⁰⁵ Segundo Laurinda Maciel (2007:28) pode-se dizer que é a partir da tradução da Bíblia da língua hebraica para o grego e, conseqüentemente, da herança judaico-cristã recebida pelo Ocidente, que se tem a referência à ‘tsaraat’, uma doença com multiplicidade de manifestações cutâneas que acabam identificadas a uma doença contagiosa que, pela sua natureza estigmatizante, obrigava seus portadores a serem afastados do meio social e da coletividade. Esta doença contagiosa manifestava-se na pele e acreditava-se, desta maneira, que toda e qualquer dermatose, como pênfigo (fogo selvagem), escabiose (sarna) ou vitiligo, por exemplo, fosse tsaraat, que ganhou o seu correspondente no idioma grego como lepra. MACIEL, Laurinda. “*Em proveito dos sãos, perde o lázaro a liberdade*”: uma história das políticas públicas de combate à lepra no Brasil - 1941-1962”. Niterói: 2007. 380 p.

¹⁰⁶ Há em um texto indiano, escrito por volta do ano 600 AC, uma descrição clínica ali apresentada que corresponderia com segurança à lepra, como hoje a concebemos e devido aos constantes movimentos migratórios e as guerras de conquista são apontados como os fatores principais que contribuíram para a disseminação das doenças infectocontagiosas na Antiguidade. Também as atividades de comércio realizadas pelos fenícios foram as responsáveis pela entrada da doença no Mediterrâneo, o que explicaria sua disseminação pela Europa. (SOURNIA, RUFFIE. 1986. Apud. MACIEL, 2007:29).

¹⁰⁷ Id. p. 27

¹⁰⁸ Foucault nos apresenta um fragmento transcrito de um Ritual da Diocese de Viena, impresso sob o Arcebispo Gui de Poissieu, por volta de 1478, que diz: “Meu companheiro, apraz ao Senhor que estejas infestado por essa doença, e te faz o Senhor uma grande graça quando te quer punir pelos males que fizeste neste mundo. E por mais que estejas separado da Igreja e da companhia dos Sãos, não estarás separado da graça de Deus”. FOUCAULT. Op. cit. p. 108, nota 104.

¹⁰⁹ Psiquiatria – expressão grega que significa “arte de curar a alma”.

A partir da alta Idade Média até o final das Cruzadas esses asilos teriam se multiplicado na Europa, chegando a dezenove mil, todos sob a guarda da Igreja Católica. Ao fim da era medieval, a doença havia desaparecido e em fins do século XV, sua tutela tornou-se interesse dos regentes, por conta de conflitos econômicos, visto que, esses leprosários constituíam grande riqueza em bens fundiários.

Essas instituições deixaram como herança um território circunscrito pela associação entre salvação e segregação, como terras de encerramento e abandono que nunca desapareceram e simplesmente, foram sendo ocupadas por outras formas de exclusão. Com novos nomes e funções, mas com o mesmo espectro, os antigos leprosários, aos poucos, tornaram-se lugares que, no decurso da história, acolheram ladrões, estupradores, negros, homossexuais, prostitutas, velhos, doentes, pessoas enviadas para a reclusão por cartas régias ou judiciais, contaminados por doenças venéreas, mães solteiras, além, é claro, daqueles que apresentavam desvios comportamentais julgados e condenados como loucos, tratados muitas vezes como caso de polícia.

Na cultura árabe estaria a origem das práticas asilares, não por acaso os primeiros hospitais para insanos foram fundados exatamente na Espanha do século XV, em Valência por volta de 1409, pelos Irmãos da Mercê¹¹⁰. Anos depois, em 1425, deu-se a fundação de um deles em Saragoça, depois em Sevilha, 1436, seguido de Toledo, 1483, e Valladolid, 1489, dedicados à recolher esses miseráveis e isolá-los.

Surtem assim em toda a Europa, quase na mesma época, instituições somente para abrigá-los, como a Casa dos Maníacos de Pádua na Itália, em 1410, além da criação de salas reservadas para eles como se registra a presença de loucos no hospital inglês de Bethlehem, fundado na metade do século XIII e confiscado pela coroa em 1373. Na Alemanha da época também surgem alas especialmente destinadas à loucura: em 1477 constrói-se no hospital de Frankfurt um prédio para os alienados (FOUCAULT, 1978, p. 135):

Presente na vida quotidiana da Idade Média, e familiar a seu horizonte social, o louco, na Renascença, é reconhecido de outro modo; reagrupado, de certa forma, segundo uma nova unidade específica, delimitado por uma prática sem dúvida ambígua que o isola do mundo sem lhe atribuir um estatuto exatamente médico.

¹¹⁰ Os Irmãos da Mercê eram bastante familiarizados com o mundo árabe, pois praticavam o resgate de cativos, a abrirem o hospital de Valência. Essa iniciativa foi tomada por um membro dessa religião em 1409; alguns leigos e ricos comerciantes, como Lorenzo Salou, tinham-se encarregado de reunir os fundos necessários. FOUCAULT. Op. cit. p.134, nota 104.

Nessa história, a crueldade era a única forma de cuidado - confinamento, agressões físicas e mutilações são exemplos comuns nessa pátria de abandono e tirania, onde serão completamente despidos de sua humanidade, onde o medo e a violência se caracterizavam como formas de ordenar sua conduta, nos dizeres do autor, que nos oferece inúmeros exemplos, como o excerto abaixo retirado de documentos de fins do século XVI, que trata do “passeio dos insanos” (FOUCAULT, 1978, p.137):

Os irmãos serventes, ou anjos da guarda dos alienados, levam-nos a passear no pátio da casa após o jantar nos dias de trabalho e conduzem-nos todos juntos, de vara na mão, como se faz com um rebanho de carneiros, e se alguém se afastar por pouco que seja dos outros, ou se não pode andar tão rápido quanto eles, castigam-nos com golpes da vara, de modo tão grosseiro que vimos alguns estropiados, e outros que tiveram a cabeça quebrada e outros que morreram dos golpes que receberam.

Hospitais e prisões se confundiam e nos séculos seguintes esses indivíduos foram castigados por correntes e ferros presos ao chão e às paredes, onde não encontrariam nenhum amparo da medicina, apenas espaços destinados a eles para um internamento marcado e limitado pelo tempo “moral das conversões e da sabedoria, tempo para que o castigo cumpra seu efeito”, (FOUCAULT, 1978, p.129) levando uma existência de prisioneiros, como delatou o médico psiquiatra Jean Étienne Dominique Esquirol (ESQUIROL. Apud. FOUCAULT, 1978, p.137):

Em todos os hospícios ou hospitais abandonou-se, para os alienados, prédios velhos, em pedaços, úmidos e mal distribuídos e de modo algum construídos para essa finalidade, com exceção de alguns compartimentos e celas expressamente construídos para tanto; os furiosos habitam esses quartéis separados; os alienados tranquilos e os alienados ditos incuráveis confundem-se com os indigentes e os pobres. Num pequeno número de hospícios onde se internam prisioneiros no quartel chamado quartel de força, esses internos habitam com os prisioneiros e estão submetidos ao mesmo regime.

Algumas convenções médicas lhes eram aplicadas somente para prevenir os efeitos das péssimas condições do internamento, não constituindo nem seu sentido, nem seu projeto, pois, confinados em lugares insalubres, misturados a prisioneiros e outros doentes, podiam contaminar-se com uma doença temida e à quem tivesse contato com eles, fossem suas famílias, fossem seus próprios juizes ou algozes, o que poderia causar uma epidemia da “febre

das prisões” como era chamada pelos ingleses e, que, deveria ser contida nesses calabouços (FOUCAULT, 1978:128):

Existem exemplos desses efeitos funestos sobre os homens acumulados em antros ou torres, onde o ar não pode ser renovado... Esse ar putrefato pode corromper o coração de um tronco de carvalho, onde ele só penetra através da casca e da madeira.

Ainda sobre a sensibilidade médica da época, nos traz um depoimento de um médico chamado T. Monro, de Bethleem, que explicava em 1783, a uma Comissão de Inquérito das Comunas, como se ministrava um tratamento periódico a esses reclusos, cujos “grandes medicamentos eram aplicados apenas uma vez por ano, e em todos ao mesmo tempo, na época da primavera” (D.H. TUKE. apud. FOUCAULT, 1978:127):

Os doentes devem ser sangrados o mais tardar até o fim do mês de maio, conforme o tempo que fizer; após a sangria, devem tomar vomitórios uma vez por semana, durante um certo número de semanas. Após o quê, os purgamos. Isso foi praticado durante anos antes de mim, e me foi transmitido por meu pai; não conheço prática melhor.

Com o desenvolvimento da revolução industrial e com o declínio das atividades artesanais, as cidades cada vez maiores ficaram repletas de sujeitos que não se encaixavam nessa nova ordem social, multiplicando-se os desocupados, os mendigos e os vagabundos pelas ruas, dentre eles os loucos, diz o autor.

No entanto, nessa reestruturação social¹¹¹, simbolizada pela Revolução Francesa, em fins do século XVIII, não mais se admitia o encarceramento arbitrário de nenhum cidadão, com exceção, é claro, dos insanos¹¹² e, aqueles que tinham condições eram utilizados como mão de obra barata.

¹¹¹ Nesse sentido, Rodrigues et.al (2010, p.1616) contribui: “Historicamente, o pacto social que caracterizou o nascimento do capitalismo durante a passagem do século XVII ao século XVIII levou à expulsão de um grande contingente de pobres e doentes do mundo do trabalho. Na Revolução Francesa do século XVIII, na qual se instalou o *slogan* "Fraternidade, liberdade e igualdade" como signos de uma suposta universalização dos direitos dos homens, o pacto social do capitalismo selecionou parcelas da população consideradas desajustadas socialmente. Esta população foi levada para as instituições beneficentes, sendo direcionadas posteriormente para o mercado de trabalho as pessoas em melhores condições de exercê-lo, como aproveitamento de mão de obra barata.” RODRIGUES, R. C; MARINHO, T. P. C. et.al. *Reforma psiquiátrica e inclusão social pelo trabalho. Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2010, vol.15, suppl.1, pp. 1615-1625.

¹¹² Segundo Amarante (2006:32) em sua obra “A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo” Robert Castel analisaria as estratégias adotadas na construção do que ele denomina de síntese alienista, destacando, em primeiro lugar, o conceito de alienação mental como distúrbio da razão, que torna o alienado alguém incapaz de exercer a cidadania, historicamente resgatada como princípio da democracia e da república instalada na França

Considerados incapazes de decidirem por si, vistos pela sociedade como perigosos e completamente abandonados pelas famílias, perdem, além da dignidade como seres humanos, sua cidadania, sendo que as medidas para abordar esse problema eram de repressão e estes despojados excluídos sumariamente, internados em casas de correção e trabalho, ou ainda, nos chamados hospitais gerais, instituições que geralmente eram de origem religiosa e não tinham finalidade curativa, limitando-se à punição do pecado da ociosidade, não sendo o louco percebido como um doente e sim como um indivíduo que havia abandonado o caminho da razão e do bem, o que o filósofo chamou de Grande Internação.

É importante assinalar que no final daquele século, na Inglaterra, surgem também as primeiras casas de acolhida, organizadas pela iniciativa privada, para abrigar os alienados, retiradas das cidades em meio ao ar puro do campo, com atividades laborais e artísticas prometiam muitos benefícios, visto que, à época uma lei tinha sido votada naquele país para "o encorajamento e a manutenção das sociedades de amigos", (FOUCAULT, 1978, p.506) associações inspiradas no sistema de coletas e donativos para reunir fundos para os membros da comunidade que estão necessitados, que se tornam enfermos ou caem doentes, a fim de atenuar os gastos públicos com essa população crescente de enfermos.

No texto da lei de 1793 especifica-se o que se poderá esperar dessas instituições: "efeitos muito benéficos, secundando a felicidade dos indivíduos, e ao mesmo tempo diminuindo o fardo das cargas públicas", (FOUCAULT, 1978, p.507) espaços que podemos considerar como uma retomada das experiências dos mouros em busca de uma cura da alma há muito esquecida.

Sendo assim, o filósofo apresenta então uma carta escrita por um funcionário do governo inglês chamado Delarive, que em 1798 visitou um retiro para doentes mentais. A respeito de um novo estabelecimento para a cura dos alienados ele escreveu, naquela ocasião, aos redatores da *Bibliothèque Britannique* (DELARIVE. Apud. FOUCAULT, 1978, p.505):

A respeitável sociedade dos Quacres [...] desejou assegurar a seus membros que por infelicidade tivessem perdido a razão, sem ter fortuna suficiente para recorrer aos estabelecimentos dispendiosos, todos os recursos da arte e todas as amenidades da vida compatíveis com sua condição; uma subscrição voluntária forneceu os fundos, e há dois anos foi fundado, perto da cidade de

York, um estabelecimento que parece reunir muitas das vantagens com toda a economia possível.

Entretanto, é somente no século XIX, com as vanguardas nos estudos em ciências humanas e sociais e os significativos avanços científicos nos campos da medicina e da psiquiatria, é que se passa a compreender tais “alienações”¹¹³ como enfermidades que deveriam receber atendimento médico psiquiátrico especializado e sistematizado em uma instituição voltada à essa finalidade.

Duas importantes referências nesse campo devem ser citadas: o psiquiatra Jean Étienne Dominique Esquirol¹¹⁴ (1772-1840) e o médico francês Phillip Pinel¹¹⁵ (1745-1826) por sua importância institucional em defesa da dignidade dos asilados nos manicômios franceses, apontado por muitos como pai da psiquiatria¹¹⁶.

Pinel, que em 1793 foi nomeado como diretor de Bicêtre¹¹⁷, ao denunciar as condições desumanas dos asilos de Paris, acaba por libertar os loucos das correntes, com a proposição de uma nova forma de tutela: um tratamento moral e educativo, visto que a imposição da ordem era imperativa para o tratamento da doença mental e o isolamento necessário para a recuperação e socialização dos doentes.

¹¹³ Segundo AMARANTE (2006) a expressão “alienado” tem a mesma origem etimológica de alienígena, alien, estrangeiro, de fora do mundo e da realidade. Op. Cit. p. 32, nota (112)

¹¹⁴ Precursor da Psiquiatria integrou, juntamente com Auguste Morel (1809-1873) e Édouard Séguin (1812-1880), a escola francesa iniciada por Pinel. Ao penetrar a mente humana, com o intuito de compreender os transtornos do humor e da melancolia como importantes, agentes que conduzem à perda do juízo, elevou pela primeira vez os alienados à condição de homens. Reformador de asilos e hospícios franceses fundou o primeiro curso para o tratamento das enfermidades mentais e lutou pela aprovação da primeira Lei de Alienados na França. Seu trabalho influenciou sobremaneira a criação do Hospício de Pedro II, primeira instituição brasileira de assistência aos doentes mentais. Disponível em: <<http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/mostra/esquirol.html>>. Acesso em: 27 ago. 2017.

¹¹⁵ Segundo escritos do Ministério da Saúde “sintonizado com os ideais revolucionários franceses de liberdade, igualdade e fraternidade, preconizou o tratamento moral para os alienados e desacorrentou os loucos em Paris. Sua prática médica exercida durante os anos em que chefiou os hospitais em Bicêtre e La Salpêtrière na França, aliada a sua profunda reflexão sobre a alienação mental, concorreram para inaugurar a Escola dos Alienistas Franceses. Em 1801 publicou o *“Tratado médico-filosófico sobre a alienação ou a mania”*, no qual descreveu uma nova especialidade médica que viria a se chamar Psiquiatria (1847).” Disponível em: <<http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/mostra/influencias.html>>. Acesso em: 27 ago. 2017.

¹¹⁶ Segundo AMARANTE (2006) a psiquiatria como atualmente a conhecemos nasceu com o nome de alienismo, cuja denominação foi dada por Pinel à ciência dedicada ao estudo da alienação mental. Reconhecido como o pai da psiquiatria, uma enorme quantidade de hospitais psiquiátricos em todo o mundo leva seu nome; nome esse que também virou sinônimo popular e pejorativo de “louco” em muitos países. Op. Cit. p. 32, nota (112).

¹¹⁷ Bicêtre era estabelecimento do Hospital geral de Paris, que tinha função de hospício, pensionato, casa de detenção, ou seja, um espaço que abrigava uma população diversificada.

Por sua vez Ferreira¹¹⁸ diz que o próprio Esquirol, ao visitar um dos asilos mantidos pelo governo francês de sua época, fica horrorizado com aquilo que presencia, denunciando a crueldade infringida contra esses indivíduos excluídos da sociedade, perdendo sua condição como seres humanos, tendo seus direitos desrespeitados, como o direito à vida, à liberdade e à expressão, sendo-lhes negadas também necessidades essenciais, como água e alimentação, mesmo a custas de grandes somas gastas pelos cofres públicos, como ele mesmo relata ainda em 1818 (ESQUIROL. Apud. FERREIRA, 2007, p.9):

Eles são mais mal tratados que os criminosos; eu os vi nus, ou vestidos de trapos, estirados no chão, defendidos da umidade do pavimento apenas por um pouco de palha. Eu os vi privados de ar para respirar, de água para matar a sede, e das coisas indispensáveis à vida. Eu os vi entregues às mãos de verdadeiros carcereiros, abandonados à vigilância brutal destes. Eu os vi em ambientes estreitos, sujos, com falta de ar, de luz, acorrentados em lugares nos quais se hesitaria até em guardar bestas ferozes, que os governos, por luxo e com grandes despesas, mantêm nas capitais

Esquirol, Pinel¹¹⁹ e muitos outros colaboradores e estudiosos, trabalharam na preparação da Lei Francesa de 30 de junho de 1838, que foi modelo para muitos países na assistência aos insanos. Um dos seus efeitos foi obrigar os governos a criarem estabelecimentos públicos que denominou como asilos. No entanto, Foucault (1978, p.55) sinaliza:

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, não sem antes se vangloriarem por terem os "libertado". A partir da metade do século XVII, a loucura esteve ligada a essa terra de internamentos, e ao gesto que lhe designava essa terra como seu local natural.

Lugar de louco é no hospício, pois, mesmo recobertos de uma intenção humanista, funda-se um modelo manicomial para a cura dos alienados, com as mesmas características asilares, que muito contribuirá para o processo de urbanização e saneamento das cidades – internados durante toda a vida em alas e celas especialmente construídas para eles ou em manicômios afastados dos centros urbanos, cercados por muros altos, confundidos entre prisão e hospital, praticando terapêuticas hoje consideradas desumanas – sua ordenação agora

¹¹⁸ FERREIRA, Jacqueline Mazzaro de Abreu. *A Família e o contexto da Reforma Psiquiátrica*. Universidade Candido Lemes. Rio de Janeiro, 2007. 52 p.

¹¹⁹ Segundo AMARANTE (2006) é importante lembrar que Pinel foi deputado federal constituinte, um político atuante que participou da elaboração da primeira carta constitucional – que deu origem à Declaração Universal dos Direitos do Homem e do Cidadão. Op. Cit. p. 32, nota (112).

seria receber os categorizados e classificados de acordo com suas demências, configurando-se como um sistema de internação homogeneizado para tratá-los, modelo constituído de segregação e brutalidade que, enraizado profundamente, perdurou e perdura ainda hoje, mundo afora e Brasil adentro, como relatam estudos sobre atenção em saúde mental (FOUCAULT. Apud. MINAS GERAIS, 2006, p.23):

Visto sua alegada periculosidade, entendia-se que os loucos não podiam circular no espaço social como os outros cidadãos. Contudo, já não se dizia que eram pecadores, e sim doentes que necessitavam de tratamento. Assim, com o objetivo declarado de curá-los, passaram a ser internados em instituições destinadas especificamente a eles, nasceu o manicômio.

Segundo Miranda-Sá¹²⁰ (2007, p. 156) influenciadas pela Revolução Francesa, no aspecto político, e “com o avanço do conhecimento científico relacionado à Revolução Industrial”, no aspecto econômico, é que ocorrem mudanças significativas nessa nova “consciência social, em que a medicina começou a tomar a forma atual”, o que transformou a assistência aos doentes mentais em uma responsabilidade médica, sob a jurisdição dos Estados.

No Brasil – Terra de Martírios

É em fins do século XIX, com o avanço das ciências médicas e muito do legado de Pinel, é que se institui na Europa, e que logo foi importado pelo Brasil, um tratamento médico psiquiátrico com bases científicas, um modelo de instituição hospitalar que possuiria a “responsabilidade de eliminar os sintomas da desordem psíquica”¹²¹, lançando mão de todos os recursos disponíveis (GUIMARÃES, 2013, p.362):

[...] que iam desde a internação, técnicas de hidroterapia, administração excessiva de medicamentos, até aplicação de estímulos elétricos ou o uso de procedimentos cirúrgicos. O objetivo das instituições psiquiátricas era

¹²⁰ MIRANDA-SÁ, Luiz Salvador de. *Breve histórico da psiquiatria no Brasil: do período colonial à atualidade*. Revista Psiquiatria RS. 2007; 29(2):156-158.

¹²¹ GUIMARÃES, Andréa Noeremberg. Et al. “*Tratamento em saúde mental no modelo manicomial (1960 a 2000): histórias narradas por profissionais de enfermagem*” Revista Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2013 Abr-Jun; 22(2): 361-9.

utilizar dispositivos que caminhassem na direção da correção do que sinalizava “anormalidade”.

No Brasil, a assistência psiquiátrica pública já nasce segundo os valores vigentes da época, considerando que no mesmo período o país passava por profundas transformações sociais, econômicas e culturais: “a corte portuguesa se instalava às pressas no Rio de Janeiro, expulsa pela invasão das tropas de Napoleão; deixa de ser colônia e torna-se um reino unido com Portugal e Algarve, o que acaba por lhe promover um salto em seu status político” (MIRANDA-SÁ, 2007, p.156).

Além disso, houve a “abertura dos portos, o fim da proibição de atividades econômicas e educacionais, que haviam caracterizado todo o regime colonial, propiciando ao país uma nova situação econômica, cultural e política. A Independência, a superação da monarquia absoluta e a adesão ao liberalismo econômico marcaram esse momento e se refletiram em todos os aspectos da vida nacional – inclusive na assistência psiquiátrica” (MIRANDA-SÁ, 2007, p.156).

Como consequência dessas transformações, também se inicia aqui um processo de urbanização da mais importante cidade brasileira da época, o Rio de Janeiro, expondo àquela sociedade novos problemas sanitários, entre eles, os enfermos psiquiátricos, diz Miranda-Sá (2007, p.156). Conforme apontam Ramos e Geremias¹²² (2016, p.2) “eram inoperantes nas pequenas comunidades rurais, mas tornavam-se visíveis e perturbadores no meio urbano” ou como atestava o importante psiquiatra brasileiro Juliano Moreira¹²³:

Os mentecaptos pobres, tranquilos, vagueavam pelas cidades, aldeias ou pelos campos, entregues às chufas da garotada, mal nutridos pela caridade pública. Os agitados eram recolhidos às cadeias, onde barbaramente amarrados e piormente alimentados muitos faleceram mais ou menos rapidamente.

¹²² RAMOS, Fernando A. da Cunha; GEREMIAS, Luiz. *Instituto Philippe Pinel: origens históricas*. Disponível em: http://www.sms.rio.rj.gov.br/hospitais/pinel/media/pinel_origens.pdf, com acesso em 17. dezembro. 2016.

¹²³ Segundo El-Bainy (2007:6) “Juliano Moreira foi, efetivamente, entre nós, o homem piedoso e compadecido médico dos loucos, o homem que afetuosamente sorria à aproximação dos insanos, realizando, desde o primeiro momento, a sua espontânea terapêutica pelo afeto. Ouvia os delírios dos loucos com redobrada paciência, ternura e desvelada consideração escutando as queixas dos melancólicos e as exaltadas narrativas dos agitados. Foi o magnífico sonhador da cura da alienação mental e sentindo que a consecução dessa tarefa exigia a compreensão das suas causas e dos seus mecanismos. Incrementou a pesquisa. Orientou estudos e verificações que formam hoje grande parte da notável bibliografia brasileira concernente à patologia mental. Investigou a natureza dos fatos clínicos. Estudou e difundiu doutrinas e conceitos, interessando-se em todas essas questões discípulos e colaboradores.” El-Bainy, Estenio Iriart. *Juliano Moreira, O Mestre. A Instituição*. Salvador – BA: Memorial Professor Juliano Moreira, 2007. 77p.

Nesse processo, a situação em terras brasileiras, não era diferente da experiência europeia, como destacava o psiquiatra, onde práticas desumanas eram aplicadas, mesmo antes da fundação de manicômios, sobretudo, às pessoas mais pobres, que sofriam pela falta de recursos para qualquer tipo de tratamento e agora se encontravam também prisioneiros dessa nova ordem social.

No documento “Instituto Philippe Pinel: Origens Históricas” encontra-se uma visão geral da origem desse sistema psiquiátrico brasileiro, apontando que, por volta de 1837, o Doutor Antonio Luís da Silva Peixoto¹²⁴ apresentaria à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro um perfil da situação de precariedade em que se encontrava o tratamento da doença mental nos trópicos, partindo das referências teóricas dos trabalhos de Pinel e Esquirol.

Anos mais tarde, José Clemente Pereira¹²⁵ envia um ofício ao senhor Cândido José de Araújo Viana, Ministro e Secretário de Estado dos Negócios do Império nesse período e conforme o fragmento abaixo pode-se observar como Pereira defende junto ao próprio ministro a ideia da implantação de um hospital voltado aos alienados, como eram chamados na época, segundo Ramos e Geremias (2016, p.3):

O zelo de melhorar a sorte dos infelizes que, tendo a desgraça de perderem o juízo, não encontram nesta capital hospital próprio, onde possam obter tratamento adequado a sua moléstia, por serem insuficientes as enfermarias, onde são recebidos no Hospital da Santa Casa, me faz lembrar da necessidade de dar-se princípio a um hospital destinado privativamente para tratamento de alienados; que poderia bem tomar a nome de Hospício de Pedro II.

Segundo a Associação Brasileira de Psiquiatria¹²⁶ além da falta de leitos nos Hospitais Gerais e da ineficácia dos cuidados prestados somam-se ao pano de fundo dessa proposta benemérita, “a perturbação do funcionamento do Cais do Rio de Janeiro”, onde inúmeros loucos por ali perambulavam, o que levou a um decreto de 1841 que autorizava a construção

¹²⁴ O psiquiatra Antonio Luís da Silva Peixoto é autor da tese intitulada *Considerações Gerais sobre Alienação Mental* de 1837.

¹²⁵ José Clemente Pereira nasceu em 17 de fevereiro de 1787, em Trancoso, Bispado do Pinhel, em Portugal. Estudou na Universidade de Coimbra, onde graduou-se em Direito e Cânones. Durante a invasão napoleônica, em 1809, lutou como soldado do Batalhão Acadêmico, cujo comandante era José Bonifácio de Andrada e Silva, chegando a tornar-se oficial. Para não se manter longe do centro da Monarquia, José Clemente veio para o Brasil no rastro da Corte portuguesa, chegando ao Rio de Janeiro em 12 de Outubro de 1815. Na capital viveu alguns anos praticando a advocacia até iniciar sua carreira pública e política. Com certeza, poucos bacharéis no Rio de Janeiro daquela época poderiam se vangloriar de uma juventude posta à prova por tantos sacrifícios. Em 1838 torna-se provedor da Santa Casa da Misericórdia no Rio de Janeiro.

¹²⁶ ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA – ABP. *Diretrizes para um Modelo de Assistência Integral em Saúde Mental no Brasil*. Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP: 2006, 58 p.

de um sanatório para esses infelizes. Onze anos depois, em 05 de setembro de 1852, foi inaugurado o Hospício Pedro II, “que recebeu, de imediato, cento e quarenta e quatro pacientes oriundos dos porões da Santa Casa e de uma instalação provisória que existia na Praia Vermelha” (ABP, 2006, p.9).

Figura 1 - Hospital Pedro II, no Rio De Janeiro – acervo da FUNDAJ¹²⁷

Construído no fervor da urbanização brasileira e com a opulência arquitetônica¹²⁸ de um palácio, é considerado como um marco da assistência psiquiátrica no país, sendo um modelo seguido no acolhimento e tratamento aos insanos que se espalhou por todo o território nacional, mas que funcionava com as mesmas características asilares de exclusão e abandono de sempre, como explica o próprio governo (MINAS GERAIS, 2006, p.29):

Nos anos seguintes, instituições públicas semelhantes foram construídas em São Paulo, Pernambuco, Bahia, Minas Gerais. O discurso médico, representado pela jovem Sociedade de Medicina Brasileira de então, ressaltava a necessidade de um tratamento nos moldes já praticados na Europa. Assim, também no Brasil, a ideologia da instituição psiquiátrica tendeu desde o início para a exclusão.

¹²⁷ BARBOSA, Virgínia. *Hospital Pedro II*. Pesquisa Escolar Online, Fundação Joaquim Nabuco, Recife. Disponível em: <<http://basilio.fundaj.gov.br/pesquisaescolar/>>. Acesso em: 06 março. 2017.

¹²⁸ Conforme Miranda-SÁ “o Hospício do Rio hoje é utilizado como Reitoria da UFRJ. Trata-se de um palácio mais suntuoso que qualquer outro da época, mais que o Palácio Real da Praça Quinze ou o de São Cristóvão, tendo sido equiparado pelo Palácio Guanabara, edificado para servir de morada a D. Isabel, princesa herdeira, quando de seu casamento. Coisa semelhante se deu nas províncias. A exemplo do caso do Rio, muitos desses hospitais eram palácios maravilhosos para a época”. MIRANDA-SÁ. Op. cit. p.157, nota 120.

Com a Proclamação da República ele e os demais hospícios construídos no país deixam de ser controlados pela igreja e ligados à monarquia, passando sua administração a ser responsabilidade do novo Governo. Espalhados pela jovem nação em prédios majestosos, ocupados por uma clientela miserável e operando com tratamentos inócuos passou, ao longo das primeiras décadas do século XX, pela “progressiva deterioração e declínio do sistema psiquiátrico brasileiro”, ainda que o “aumento da população enferma exigisse a expansão do sistema, com a ampliação de suas unidades”, diz Miranda-Sá (2006, p.157).

Esses hospícios, além de onerosos ao Estado, prestavam serviços ineficazes e estavam superlotados pela crescente demanda oriunda das cidades e, para enfrentar essa crise, se dão os primeiros esforços para uma reforma desse sistema, sendo os psiquiatras Juliano Moreira¹²⁹ e Ulisses Pernambucano¹³⁰ seus primeiros artífices, buscando instituir serviços humanizados e que dispensassem os internamentos.

No entanto, como forma de solucionar esse problema Teixeira Brandão¹³¹ propõe a implementação de Colônias Agrícolas produtivas que poderiam ter uma receita complementar, atenuando seus elevados custos aos cofres públicos, além de proporcionar aos alienados um maior contato com a natureza, o que também se configurava como uma proposta terapêutica da época, sendo a do Engenho de Dentro – Hospital Pedro II fundada em 1911 e a de Jacarepaguá – Colônia Juliano Moreira, em 1923.

¹²⁹ Nomeado diretor do Hospital Nacional de Alienados, ocupou o cargo por mais de 20 anos, acumulando-o com o da Direção Geral de Assistência a Alienados. Poliglota, tornou-se capaz de assimilar, de forma abrangente, as influências europeias no campo da psiquiatria. Suas medidas de impacto, como a incineração de camisas de força e a criação de espaços para diálogo com os pacientes, conferiram novos rumos à psiquiatria brasileira. Apoiado na primeira lei brasileira que dispõe sobre a assistência a alienados e em sua experiência na Europa, projetou uma rede de serviços interligados em saúde mental, nos moldes da Clínica de Munique, dirigida por seu inspirador, o psiquiatra alemão Emil Kraepelin. Durante sua administração, criou a maior biblioteca de Psiquiatria da América do Sul, escreveu inúmeros trabalhos científicos e editou os Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal (1905). Disponível em: <<http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/mostra/moreira.html>>. Acesso em: 06. Mar. 2017.

¹³⁰ “Ulisses diferenciou os serviços de psicóticos agudos dos crônicos, instituiu um serviço aberto para tratamento em regime de pensão livre, criou um sistema de educação especial e um serviço de saúde mental.” MIRANDA-SÁ. Op. cit. p. 156, nota 120.

¹³¹ Em 1883 assumiu a Cátedra de Psiquiatria da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, sendo, por essa razão considerado o primeiro alienista brasileiro. Como diretor do Hospício de Pedro II (1886), desanexou essa instituição da Santa Casa de Misericórdia e, em 1890, fundou a primeira Escola de Enfermeiros e Enfermeiras do Brasil. Tornou-se deputado federal em 1903 e relatou a Lei de Assistência aos Alienados, primeiro documento legal específico sobre alienação mental, baseado na legislação francesa e inspirado nos preceitos defendidos por Esquirol, de quem Teixeira Brandão foi fiel seguidor. Na qualidade de diretor da Assistência Médico-Legal aos Alienados, iniciou a construção das colônias de alienados, que surgem como alternativas ao modelo adotado na época). Disponível em: <<http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/mostra/personalidades.html>>. Acesso em: 06. Mar. 2017.

Figura 2 - Colônia de Alienados, Trabalho Agrícola - Acervo: Instituto Phillip Pinel (IPP)¹³²

Instalados em imponentes prédios nas cidades ou em grandes áreas rurais, assim como nos hospícios europeus, inúmeras personagens foram ali recolhidas além dos loucos, o que logo tornou o sistema degradado e degradante, feito de internamentos sem fim, onde se misturavam pobres, indigentes, crianças agitadas, mulheres internadas pelos maridos, idosos senis, homens que se envolviam com álcool ou drogas.

Encerrados em um ambiente nefasto que apenas promovia a cronificação de sua doença e de seu estado de saúde, esse sistema dotado de gigantismo e que abrigava todo o tipo de pessoa, tanto pela falta de critérios para internação, quanto pela falta de tratamentos eficazes, e com elevados custos operacionais, geraria uma “incontrolável crise da assistência psiquiátrica estatal, a qual se prolonga até os dias de hoje” como afirma a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP, 2006, p.9).

Assim como na Europa, nos manicômios brasileiros o encarceramento foi a prática mais comum de tratamento, muitas vezes por determinação da justiça ou do delegado de polícia, além do que, não havia compreensão suficiente da medicina psiquiátrica sobre esse estado, ora abordados por práticas cruéis e mal sucedidas, ora por práticas mágicas, religiosas ou fetichistas, como falava o Doutor Juliano Moreira (MOREIRA. apud. RAMOS e GEREMIAS, 2016, p.2):

¹³² Imagem extraída de Retratos da História, aos incuráveis – a colônia, em Memória da Loucura do site do Centro Cultural da Saúde, do acervo do Instituto Phillip Pinel (IPP). Disponível em: <<http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/mostra/retratos05.html>>. Acesso em: 09. Mar. 2017.

A terapêutica de então era a de sangrias e sedenhos, quando não de exorcismos católicos ou fetichistas. Escusado é dizer que os curandeiros e ervanários tinham também suas beberagens mais ou menos desagradáveis com que prometiam sarar os enfermos.

Embora a origem da psiquiatria remonte às civilizações da antiguidade e muitos tenham se dedicado a pensar a loucura, buscar formas de tratamento, categorizá-la e tratá-la, durante séculos “a cura da alma” fora esquecida nas masmorras dessa história em que não se possuía conhecimentos que respaldassem uma atenção eficaz da medicina, tão pouco considerava-se a necessidade de um cuidado humanizado que tratasse não apenas da doença, mas também da pessoa, cujos métodos cruéis e de reclusão eram aqui amplamente utilizados, como nos mostra a figura 3, abaixo.

Figura 3 - Mulher encarcerada no Colônia de Barbacena. Foto de Luiz Alfredo, 1961, que hoje pertence ao acervo do Museu da Loucura, em Barbacena – MG.¹³³

No entanto, nas primeiras décadas do novo século, como destaca Masiero¹³⁴ (2003, p.550), “havia um intenso intercâmbio entre os neurologistas brasileiros e europeus”, que traziam do Velho Mundo para cá técnicas e práticas de um mundo moderno e, ao contrário do

¹³³ Imagem extraída das redes sociais da Tribuna de Minas, com acesso em 16/02/2017, Disponível em: <<https://www.facebook.com/tribunademinas/photos/a.297286210291876.72153.202514946435670/297892083564622/?type=3&theater>>. Acesso em 25 fev. 2017

¹³⁴ MASIERO, A. L. *A lobotomia e a leucotomia nos manicômios brasileiros*. História, Ciências, Saúde. Manguinhos, vol. 10(2): 549-72, maio-ago. 2003.

que poderíamos imaginar, o sofrimento se intensificaria ainda mais entre os alienados que, além de encarcerados, passam também à vítimas de tratamentos e experimentos bárbaros, como por exemplo, o choque cardiazólico¹³⁵, a insulinoterapia - choque insulínico¹³⁶, a solidão em um cubículo ou cela forte¹³⁷, a praxiterapia¹³⁸, o lençol de contenção, a camisa de força¹³⁹ e a contenção no leito com faixas de tecido de algodão¹⁴⁰, cuja consciência médica psiquiátrica tinha como foco tratar apenas a enfermidade.

Visto sua incapacidade de decisão, que lhe furta sua cidadania e sua liberdade, sua pobreza que lhes despe de sua humanidade e de sua autonomia, permaneceram confinados, sem saúde, sem voz e sem representação, nesse território de martírios, onde as instituições psiquiátricas brasileiras possuíam o mesmo caráter de segregação e abandono dos antigos leprosários, diz Guimarães (2013, p.362):

Portanto, ao longo dos anos, a assistência psiquiátrica esteve atrelada ao tratamento restrito ao interior dos grandes hospícios, com internação prolongada e manutenção da segregação do portador de transtorno mental do espaço familiar e social. O foco de atenção não era a pessoa, mas a doença. Os portadores de transtorno mental eram marginalizados e desprovidos de autonomia, não sendo vistos como indivíduos ativos na sua terapêutica.

¹³⁵ “As convulsões ocasionadas pelo cardiazol ocorriam rápida e violentamente e eram difíceis de controlar. Às vezes, eram tão severas que causavam fraturas espinhais nos pacientes. Com a chegada de outros métodos para tratar pessoas com transtornos mentais, como os neurolépticos e a eletroconvulsoterapia, o cardiazol foi gradualmente descontinuado no final dos anos 40 e não mais utilizado.” GUIMARÃES. Op. cit. p. 364, nota 121.

¹³⁶ “A terapia por choque insulínico foi descoberta pelo neuropsiquiatra polonês Manfred Sakel e, comunicada, oficialmente em 1933. A introdução da insulinoterapia na psiquiatria se deu quando Sakel descobriu como causar convulsões com uma dose excessiva de insulina.” Id. p. 364.

¹³⁷ “As pessoas eram encaminhadas para os cubículos quando estavam muito agitadas ou agressivas. Todavia, esses recintos também serviram para que alguns funcionários os usassem como um castigo para os pacientes. Não existia um tempo de permanência estabelecido para a reclusão, podia ser de 2 a 3 horas, até vários dias.” Id. p. 365.

¹³⁸ “Os internos desempenhavam tarefas laborais, como a horticultura e criação de galináceos e suínos, sob a orientação dos funcionários. Essa prática possibilitava uma ocupação aos pacientes, conferindo uma ação terapêutica. Entretanto, foi muito empregada até a década de 1980 como um instrumento de exploração de trabalho.” Ibid. p. 366.

¹³⁹ “O lençol de contenção era ser rapidamente colocado, todavia chegava a machucar os pacientes. A camisa de força ou colete conferia grande risco de queda. Essas técnicas foram adotadas ou tiveram seu uso intensificado a partir da extinção dos cubículos.” Ibid. p. 366.

¹⁴⁰ “Ela é aplicada para a proteção do paciente, de outros indivíduos e para a pessoa contida ter um tempo para pensar em seus atos. Esse procedimento é de indicação médica.” Ibid. p. 367.

Como parte de um novo arsenal na busca pela cura dessas enfermidades, nas décadas seguintes, sob forte influência da indústria e das novas tecnologias¹⁴¹, recobertos de intenções capitalistas¹⁴² e calcados sob uma intensa atividade científica da época¹⁴³, se desenvolvem também os terríveis aparelhos de eletrochoque, as psicocirurgias, além de uma poderosa, e aparentemente eficaz, indústria farmacêutica.

Segundo a exposição do Professor Antonio Carlos Pacheco e Silva¹⁴⁴, ainda em 1902 um professor¹⁴⁵ da Faculdade de Medicina de Nantes, na França “publica uma série de trabalhos, afirmando que as correntes elétricas teriam poderosa ação modificadora do psiquismo”, pois, baseado em suas experiências, sugeriu o “emprego da eletricidade para provocar o sono e até como meio anestésico”. Já em 1903, outro cientista¹⁴⁶ notaria a deflagração de crises epileptiformes provocadas pelas correntes elétricas industriais. Logo depois, em 1906, novas pesquisas¹⁴⁷ propõem “o emprego de correntes elétricas com o

¹⁴¹ Segundo Erick Hobsbawn (1994:259) “a guerra, com suas demandas de alta tecnologia, preparou vários processos revolucionários para posterior uso civil, embora, um pouco mais do lado britânico (depois assumido pelos EUA) que entre os alemães com seu espírito científico: radar, motor a jato e várias ideias e técnicas que prepararam o terreno para a eletrônica e a tecnologia de informação do pós-guerra. Mais que qualquer período anterior, a Era de Ouro se baseou na mais avançada e muitas vezes esotérica pesquisa científica, que agora encontrava aplicação prática em poucos anos. A indústria e mesmo a agricultura pela primeira vez ultrapassavam decididamente a tecnologia do século XIX.” HOBBSHAWM, Eric. *Era dos Extremos: o breve século XX - 1914-1991*. São Paulo: Companhia das Letras, 1995. 585 p.

¹⁴² “Durante os anos 50, os economistas começaram a perceber que o mundo, em particular o mundo do capitalismo desenvolvido, passara por uma fase excepcional de sua história; talvez uma fase única.” HOBBSHAWM. Op. cit. p. 252, nota 141.

¹⁴³ “Pesquisa e Desenvolvimento” [R & D em inglês] tornaram-se fundamentais para o crescimento econômico e, por esse motivo, reforçou-se a já enorme vantagem das “economias de mercado desenvolvidas” sobre as demais. O “país desenvolvido” típico tinha mais de mil cientistas e engenheiros para cada milhão de habitantes na década de 1970, mas o Brasil tinha cerca de 250, a Índia 130, o Paquistão uns sessenta, o Quênia e a Nigéria cerca de trinta (UNESCO, 1985, tabela 5.18). Nas indústrias mais voltadas para o mercado de massa, como os produtos farmacêuticos, uma droga genuinamente nova e necessária, sobretudo quando protegida da competição por direitos de patente, podia fazer várias fortunas, que eram justificadas por seus produtores como necessárias para mais pesquisas.” HOBBSHAWM. Op. Cit. p. 260 - 2, nota 141.

¹⁴⁴ Segundo dados biográficos encontrados na página oficial da Academia de Medicina de São Paulo, “Antonio Carlos Pacheco e Silva, nasceu em São Paulo, em maio de 1898, foi um dos pioneiros da psiquiatria brasileira. Formado em Medicina pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, dirigiu, em 1923, o pavilhão de menores portadores de deficiência mental, no laboratório de biologia e anatomia patológica do Hospital Juqueri, que ajudou a organizar. Teve participação decisiva na implantação da ala psiquiátrica do Hospital das Clínicas. Presidiu a Associação Brasileira de Psiquiatria e fundou, com outros colegas, a Revista de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em 1972. ”Disponível em: <<http://www.academiamedicinasaopaulo.org.br/biografias/137/BIOGRAFIA-ANTONIO-CARLOS-PACHECO-E-SILVA.pdf>>. Acesso em: 22 fev. 2017.

¹⁴⁵ Referência aos estudos de St. LEDUC. PACHECO E SILVA, A.C. *O Eletrochoque no Tratamento das Doenças Mentais*. Revista de Medicina da Universidade de São Paulo, publicada em novembro-dezembro de 1941.

¹⁴⁶ Referência aos estudos de BATELLI. Id. p. 15-16.

¹⁴⁷ Referência aos estudos de ROBINOVITCH L. G. Ibid. p. 15-16.

objetivo de despertar o sono e ainda como meio seguro para o estudo experimental da epilepsia” (PACHECO E SILVA, 1941, p.15-16).

Em 1907, novamente se realizariam interessantes publicações¹⁴⁸ “relativas à ação da eletricidade sobre o sistema nervoso e à possibilidade de se produzirem crises convulsivas pela excitação elétrica da região motora.” Já em meados dos anos 40, após o emprego da convulsoterapia pelo cardiazol¹⁴⁹, proposta por Meduna¹⁵⁰, para o tratamento da esquizofrenia, alguns cientistas recorreram ao uso da eletricidade como meio convulsivante, com promessa de cura dos enfermos alienados, sobretudo, dos profundamente depressivos e dos esquizofrênicos.

Mas, é apenas em maio de 1938 que os pesquisadores italianos Lucio Bini e Ugo Cerletti publicam novos estudos que foram apresentados à Academia de Medicina de Roma, “afirmando ter descoberto um novo processo elétrico capaz de deflagrar convulsões sem dano para o sistema nervoso.” Neles os autores concluíram que o método, chamado por eles de eletrochoque, era “tão bom quanto o tratamento pelo cardiazol, com a vantagem de não produzir as desagradáveis sensações subjetivas percebidas pelos pacientes tratados com a substância”¹⁵¹ (PACHECO E SILVA, 1941:16).

¹⁴⁸ Referência aos estudos de PREVOST e BATIELLI. Ibid. p. 16.

¹⁴⁹ Pentilenotetrazol ou metrazol são nomes científicos para Cardiazol, nome comercial de um preparado cardiotônico, semelhante à cânfora, usado antigamente como convulsivante nos quadros esquizoparanóides, ao ser aplicado em injeções endovenosas rápidas, imitando o quadro convulsivo do eletrochoque. Segundo o dicionário de medicina disponível em: <<http://www.xn--dicionriomdico-0gb6k.com/cardiazol.html>>. Acesso em: 23 fev. 2017.

¹⁵⁰ Ladislav Joseph von Meduna, médico húngaro que percebeu os resultados da convulsoterapia em pacientes com esquizofrenia, nos anos 30.

¹⁵¹ Considerando aqui um relato de um paciente do professor Pacheco é possível ter uma noção das desagradáveis sensações subjetivas causadas pelo medicamento. “O médico colheu as impressões de um jovem rapaz a respeito dos efeitos do cardiazol, um dos nossos doentes, cujos sintomas psíquicos haviam regredido com o cardiazol, mas que ameaçavam reincidir foi, por nós, submetido ao eletrochoque, com grande sucesso. Tratava-se de um rapaz inteligente e culto, que se mostrou logo entusiasta do novo tratamento, a ponto de procurar um companheiro que também necessitava da terapêutica convulsivante, mas que a abandonara pelo pavor que a aplicação do cardiazol lhe inspirava, para que se submetesse também ao eletrochoque. Eis como o paciente resumiu as suas impressões sobre o cardiazol. — Na primeira aplicação de cardiazol tive convulsões com a impressão de morte, mas suportei porque perdi os sentidos. Quando recuperei os sentidos, tive amnésia completa e sentia dores no corpo como se estivesse contundido. A segunda injeção foi equivalente e tive consciência de tudo. Senti uma angústia indescritível. As ameaças de choque davam-me sensação de morte. Vi círculos vermelhos ao redor dos olhos e o enfermeiro que me assistia parece que subia ao teto e se tornava fluídico. Vi todos os movimentos do médico e do enfermeiro. Passadas as crises, ainda conservei as horríveis impressões e à noite, nos sonhos, senti a repetição da angústia do cardiazol. O cheiro da injeção, senti-o em todos os lugares durante os dias seguintes à aplicação. Criei verdadeiro pavor pelo cardiazol e na terceira aplicação, embora sabendo que aquela medicação iria me ser benéfica, não tive coragem. Debalde foram as instâncias dos srs. médicos e do enfermeiro. Não tomei o cardiazol e mesmo uma injeção de cálcio e bromoformina que quiseram me injetar, devido ao meu estado de excitação nervosa, tomei-a de pé, temendo que fosse cardiazol.” PACHECO E SILVA Op. cit. p. 22, nota 145.

Tratava-se de um aparelho composto por dois circuitos diferentes. O primeiro de baixa voltagem é utilizado para medir a resistência elétrica da cabeça do doente. “O segundo circuito é uma corrente alternante de 50 períodos, cuja voltagem pode variar de 50 a 150 volts e cuja intensidade pode se elevar até 2.000 miliampères” (PACHECO E SILVA, 1941, p.22).

Outro dispositivo especial regularia a corrente elétrica, permitindo sua passagem durante um tempo curto, cerca de um a cinco décimos de segundo. Os eletródios de prata eram recobertos de tarlatana - tecido de algodão com fios grossos - embebidos em água salgada e aplicados nas têmporas e aí mantidos por uma cinta elástica.

O método do eletrochoque, criado pelos italianos, em substituição às injeções endovenosas de cardiazol para provocar uma convulsão generalizada, utilizavam a aplicação de uma passagem de corrente elétrica através do cérebro, cujo método foi amplamente adotado por instituições psiquiátricas de todo o mundo, inclusive no Brasil, o que levou o período a ser conhecido, na história da Psiquiatria, como a Era dos Eletrochoques.

O tratamento foi empregado rapidamente por outros psiquiatras, aparecendo trabalhos posteriores a respeito na Inglaterra e nos Estados Unidos, onde foram desenvolvidas melhorias no aparelho europeu, sobretudo, quanto à regulação do tempo da corrente elétrica, obtendo, segundo os pesquisadores¹⁵², um excelente resultado.

Figura 4 - Aparelho de Eletrochoque¹⁵³

¹⁵² Referências aos experimentos dos americanos HUGHES, em colaboração com L. SMITH e DONALD W. HASTINGS. PACHECO e SILVA. Op. cit. p. 22, nota 145.

¹⁵³ Imagem extraída do acervo da Casa de Osvaldo Cruz, pelo site oficial da instituição. Disponível em: <<http://arch.coc.fiocruz.br/index.php/aparelho-de-eletrochoque-2>>. Acesso em 22 fev. 2017.

Os brasileiros também estabeleceram um movimentado intercâmbio com os pesquisadores norte americanos como, por exemplo, o professor Pacheco que após participar do 97º Congresso Anual da American Psychiatric Association, em Richmond nos Estados Unidos, em maio de 1941, visitou vários hospitais psiquiátricos nos Estados Unidos, assistindo a aplicações do eletrochoque, diz o professor (PACHECO E SILVA, 1941, p.18):

Depois da realização do Congresso de Richmond, tivemos ensejo de visitar; vários hospitais psiquiátricos americanos, assistindo a aplicações do eletrochoque nos seguintes hospitais: The Toicker Sanatorium (Richmond), Serviço do Dr. Howard Masters, The Doctor Hospital (New York), Serviço do Prof. Foster Kennedy, Chicago Country (Serviço do Prof. Neyman), Boston State Hospital (Serviço do Dr. Purcell G. Shub).

E “depois de ouvir também a opinião insuspeita e autorizada do nosso eminente amigo MEDUNA, de que o eletrochoque representa um grande passo na terapêutica psiquiátrica” Pacheco (PACHECO E SILVA, 1941, p.18) decidiu adquirir dois desses aparelhos, afim de utilizar por aqui o novo método convulsivante. Ele relata que no mês de julho daquele ano, 1941, iniciou as primeiras aplicações do eletrochoque no país em doentes da Clínica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina de São Paulo, do Sanatório Pinel e do Sanatório Esperança, cujos resultados, segundo ele, foram satisfatórios.

Figura 5 - Sessão de eletrochoque, foto de Ronaldo Gehr, 1949¹⁵⁴

¹⁵⁴ Em 1949, contratado pela Revista América LIFE, Herbert Gehr faz uma série de fotografias sobre o modo como vivem e os tratamentos a que são submetidos os pacientes do Worcester State Hospital, na cidade de Worcester em Massachusetts. Disponível em: <<https://www.pinterest.com/tallatrialogue/electric-shock-therapy/>>. Acesso em: 22 fev. 2017.

Pacheco assistiu a cenas como essa e nos descreve com detalhes a perigosa técnica utilizada na aplicação dos eletrochoques, em que “o doente deve estar em jejum e vestir pijama folgado e para prevenir fraturas das vértebras, pequenos sacos de areia ou um travesseiro duro, em correspondência à convexidade dorso-lombar” (PACHECO E SILVA, 1941, p.19). Ele alerta ainda que, no entanto, seria preciso “tomar todas as precauções para impedir a passagem da corrente através do coração do paciente,” o que poderia o levar a uma parada cardíaca e sua morte fulminante.

O autor destaca que os eletródios são colocados um de cada lado da cabeça do paciente, na região fronto-parietal e que autores alemães¹⁵⁵ recomendariam “a raspagem dos cabelos da região onde são colocados”, mantidos por uma cinta de borracha perfurada, o que contribuiria para diminuir a resistência. Antes da aplicação dos eletródios deveria untar-se a região onde serão colocados com uma pasta chamada “Electrode Jelly”, que favoreceria o contato.

A flanela que reveste os eletródios deveria ser embebida em uma solução saturada de cloreto de sódio e entre as arcadas dentárias do paciente colocava-se um chumaço de gaze torcida, para proteger os dentes a fim de evitar a mordedura da língua ou dos lábios, um dos operadores deveria calçar luvas de borracha para segurar, sem perigo, a cabeça do doente, no momento da passagem da eletricidade.

No Brasil, a utilização desse recurso de forma indiscriminada, mesmo considerando suas possibilidades terapêuticas, esteve associada ao castigo físico e ao controle disciplinar, além de que ele era aplicado por pessoas sem nenhum preparo técnico para a função. Para dar exemplo disso, apresento um relato de trabalhadores do Hospital Colônia de Barbacena – MG, colhido na investigação da jornalista Daniela Arbex¹⁵⁶.

Candidatos à vaga de atendente de enfermagem do lugar eram ensinados a aplicar o eletrochoque em pessoas utilizadas como cobaias, como diz Francisca Moreira dos Reis, funcionária da cozinha, que almejava o cargo nos idos de 1979 e que fora sorteada para realizar uma sessão de choque, sem nenhuma anestesia, nos pacientes do pavilhão Afonso Pena daquele hospital, que tinham sido escolhidos aleatoriamente. Junto com outras vinte

¹⁵⁵ Referências à BINGEL e MEGGENDORFFER, pesquisadores alemães. PACHECO E SILVA. Op. cit. p. 19, nota 145.

¹⁵⁶ ARBEX, Daniela. *Holocausto brasileiro*. São Paulo: Geração Editorial, 2013. 230p.

mulheres, Chiquinha como era conhecida, assistiu sua colega, Maria do Carmo, também da cozinha, a fazer a primeira tentativa, ela (ARBEX, 2013, p.34):

Cortou um pedaço de cobertor, encheu a boca do paciente, que a esta altura já estava amarrado na cama, molhou a testa dele e começou o procedimento. Contou mentalmente um, dois, três e aproximou os eletrodos das têmporas de sua cobaia, sem nenhum tipo de anestesia. Ligou a engenhoca na voltagem 110 e, após nova contagem, 120 de carga. O coração da jovem vítima não resistiu. O paciente morreu ali mesmo, de parada cardíaca, na frente de todos.

Estarrecidas, as mulheres mantiveram silêncio, lágrimas caíam, “mas ninguém ousou falar”. Ela diz que os atendentes do hospício embrulharam o corpo em um lençol e o levaram embora. Uma segunda candidata se aproximou de outra cama para iniciar uma nova prova (ARBEX, 2013, p.34):

O paciente escolhido era mais jovem que o primeiro. Aparentava ter menos de vinte anos. Com os olhos esbugalhados de medo, ele até tentou reagir, mas não conseguia se mover preso ao leito. Suas súplicas foram abafadas pelo tecido que enchia a boca. Um, dois, três, nova contagem, e o homem recebeu a descarga. Não resistiu. Era a segunda morte da noite.

Experiências como estas fizeram com que a terapia eletroconvulsiva desaparecesse na Europa com o fim da Segunda Guerra, enquanto, no Brasil foi abolida na rede pública de Saúde Mental somente na década de 80. Apesar disso, continua a ser utilizada como recurso extremo no tratamento da catatonia e da depressão¹⁵⁷ em clínicas particulares, sendo chamada hoje de Eletroconvulsoterapia (ECT).

Também se difundiram amplamente pelo mundo ocidental as psicocirurgias, que têm precedentes em fins do século XIX, como a lobotomia e a leucotomia, cujos termos, com algumas distinções e muitos aperfeiçoamentos, passaram a ser sinônimos. A primeira criada pelo americano Walter Freeman¹⁵⁸ e a segunda pelo português Egas Moniz¹⁵⁹, responsáveis pela difusão e popularização das técnicas neurocirúrgicas para doentes mentais, matando um tanto de pessoas e deixando sequelas graves em outras milhares delas pelo mundo.

¹⁵⁷ Extraído do site governamental do Ministério da Saúde. Disponível em <<http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/mostra/eletro.html>>. Acesso em 21 fev. 2017.

¹⁵⁸ Lobotomia é termo criado pelos neurologistas americanos Walter Freeman (1895-1972) e James Winston Watts (1904-1994), da George Washington University. MASIERO. Op. Cit. p. 550, nota 134.

¹⁵⁹ Antonio Caetano de Abreu Freire Egas Moniz (1874-1955) com contribuição de seu assistente Almeida Lima e do psiquiatra Cid Sobral, da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Segundo Masiero¹⁶⁰ (2003:549) tratava-se de intervenções cirúrgicas feitas no cérebro e que tinham como princípio “desligar os lobos frontais direito e esquerdo de todo o encéfalo, visando modificar comportamentos ou curar doenças mentais”, pois, Moniz deduzia que se houvesse a interrupção dos “feixes cerebrais frontais, os estímulos nervosos procurariam percursos diferentes, e não mais aqueles deficientes que seriam destruídos pela cirurgia, o que enfim restabeleceria a saúde mental”.

A leucotomia foi técnica instaurada por Moniz em 1936 que, mesmo sobre críticas da comunidade médica internacional, acabou ganhando um prêmio Nobel de Medicina e Fisiologia em 1949. Também nos anos 30 o americano Walter Freeman realizava as lobotomias, em que utilizava um instrumento cirúrgico criado por ele, semelhante a um picador de gelo, o lobótomo, cujo fundamento era uma ideia, já experimentada em fins do século XIX, diz Maziero (2003, p.554), de que:

O tálamo, sendo o centro instintivo, sensorial e visceral, deveria funcionar em equilíbrio com todo o córtex frontal, núcleo do intelecto e da afetividade. As alterações desta relação, mesmo sem causas aparentes, resultariam em sintomas psicopatológicos. A cirurgia de Freeman-Watts objetivava, portanto, desligar o tálamo do córtex frontal, evitando que estas duas estruturas permanecessem em conflito, tal como ocorria no cérebro dos doentes mentais.

Apesar de serem técnicas neurocirúrgicas sua finalidade era obter uma modificação de comportamento ou eliminação de sintomas psicopatológicos naquelas pessoas que não obtiveram resultados por meio de outras técnicas¹⁶¹, como a do eletrochoque, e que Freeman, ironicamente, chamava de “cura da alma”.

¹⁶⁰ Masiero conta que “Esta medida foi aplicada em mais de mil pacientes internados não só para fins curativos, mas também para aprimorar tecnicamente a cirurgia, uma vez que os experimentos preliminares com animais eram escassos.”MASIERO. Op. Cit. p. 549, nota 134.

¹⁶¹ “O médico Mario Yahn (1937) faz uma descrição das terapêuticas da esquizofrenia utilizadas no Brasil no começo do século: injeção de cânfora, idealizada por Von Meduna; malarioterapia, experimentada por Wagner von Jauregg, que consistia em provocar uma infecção de malária no paciente esquizofrênico. Foram utilizadas também a sulfopyretoterapia, a aurosulfopyretoterapia. Até mesmo injeções endovenosas de leite foram experimentadas. Mas o tratamento mais estranho sem dúvida foi utilizado por J. S. Galant: injeções de sangue de placenta humana. O sangue era colhido na hora do parto e levado ao hospital psiquiátrico. Aplicava-se 15 injeções em três dias em cada paciente.” MASIERO. Op. Cit. p. 551, nota 134.

Figura 6 - Dr. Walter Freeman realizando uma lobotomia no Western State Hospital, Steilacoom, nos Estados Unidos em julho de 1949¹⁶².

Masiero (2003, p.551) diz que “as psicocirurgias chegaram ao país poucos meses depois de inventadas”, por intermédio de Aloysio Mattos Pimenta, neurocirurgião do Hospital do Juquery, em São Paulo, considerado à época um dos maiores manicômios e polo latino-americano de estudos e difusão de tratamentos médico-psiquiátricos.

Pimenta teria feito as duas primeiras cirurgias no ano de 1936 em solo brasileiro, sendo “logo seguido por outros médicos”, destaca o autor(MASIERO, 2003, p.551). Elas eram realizadas tanto para fins de cura quanto para aprimoramento da técnica, uma vez que haviam escassos experimentos preliminares com animais que pudessem validar sua eficácia, além disso, seriam uma grande promessa para reduzir a cronificação dos pacientes e a superlotação dos hospícios da época.

Mesmo ferindo o Código de Nuremberg¹⁶³, de 1947, que regulamentava e continha os abusos da experimentação médica em seres humanos ocorridos durante a Segunda Guerra

¹⁶² Dr. Walter Freeman performing a lobotomy at Western State Hospital, Steilacoom, July 7, 1949. Collection: University Libraries, University of Washington. A imagem pertence ao Museu da História e da Indústria de Seattle. Disponível em: <<https://www.pinterest.com/pin/157766793166511679/>>. Acesso em: 21 Fev. 2017.

¹⁶³ “Pautada por diferentes padrões éticos definidos cultural e historicamente, a utilização de seres humanos em pesquisas vem ocorrendo há séculos pelo mundo afora. A falta de um critério consensual e de vigilância em âmbito global permitiu que durante a Segunda Guerra Mundial muitos abusos fossem cometidos contra povos e indivíduos considerados inferiores, em nome de um suposto conhecimento científico. Com o final da guerra, os protagonistas, muitos deles médicos, foram julgados e condenados por crimes contra a humanidade por um tribunal internacional formado na cidade de Nuremberg em 1946. Este tribunal, no entanto, não se limitou a julgar criminosos de guerra. Entre suas ações, elaborou um código de ética para pesquisas com seres humanos que ficou conhecido como Código de Nuremberg, publicado em 1947, composto por dez itens que previam o

Mundial, a técnica foi utilizada por cerca de vinte anos no Brasil e mais de mil pessoas¹⁶⁴, incluindo estrangeiros e crianças, foram submetidas a essas psicocirurgias, Masiero (2003, p.551) ressalta que “nunca houve um consenso técnico sobre a intervenção, menos ainda uma certeza sobre sua real eficácia no tratamento das doenças mentais”, configurando-se com uma verdadeira Era das Psicocirurgias.

Considerada invasiva e perigosa, a porcentagem de óbitos em decorrência da cirurgia era aproximadamente de 2% dos casos, além das complicações que poderiam advir desta prática, como “hemorragias cranianas, inflamação das meninges, infecções, ou sequelas indelévels como hemiplegia e paraplegia, caso áreas motoras do cérebro fossem atingidas durante a cirurgia, o que era comum”, (MASIERO, 2003, p.551) mas que, no entanto, não há relatos de acompanhamento pós-operatório, ressalta.

Segundo ele um fator importante para o abandono dessas técnicas foi a introdução dos psicofármacos nos tratamentos psiquiátricos, os quais permitem melhores prognósticos e menores riscos. Ele indica ainda que outros fatores levaram ao fim da prática no Brasil: “a baixa eficácia; a grande periculosidade; a irreversibilidade do procedimento, a imprevisibilidade em certos casos e os impasses éticos” (MASIERO, 2003, p. 567).

Por sua vez a professora Regina Cláudia Barbosa da Silva¹⁶⁵ diz que é apenas a partir dos anos 50 que se inicia uma profunda transformação na área, que ficou conhecida como a Revolução Farmacológica da Psiquiatria, com a “introdução de medicamentos psicoterapêuticos, capazes de melhorar consideravelmente o estado de muitos pacientes portadores de alterações acentuadas de diversas funções psicológicas e perda do juízo da realidade” (SILVA, 2006, p.272).

O ano de 1952 marcaria o início da Psicofarmacologia contemporânea, com a descoberta dos neurolépticos pelo cirurgião francês Henri Laborit que utilizava uma mistura de drogas, “coquetel lítico”, para diminuir as reações neurovegetativas de pacientes submetidos a cirurgias prolongadas realizadas a baixas temperaturas – a assim chamada “hibernação artificial”. Desta mistura participava o composto anti-histamínio prometazina”, conforme ela afirma (SILVA, 2006, p.272).

respeitos aos direitos humanos desses sujeitos e o respeito a determinados limites éticos da profissão.” MASIERO. Op. cit. p. 569, nota 134.

¹⁶⁴ “Não se sabe exatamente quantas lobotomias foram realizadas nos hospitais brasileiros, mas apenas nos relatos de pesquisa consultados excedem mil.” Id. p. 566.

¹⁶⁵ SILVA, Regina Cláudia Barbosa da. *Esquizofrenia: uma revisão*. São Paulo: Revista de Psicologia da USP, 2006, 17(4), 263-285.

Ao analisar os efeitos de seu análogo químico, clorpromazina, o cirurgião percebeu que seus pacientes “ficavam em estado peculiar”, que passou a ser conhecido como “síndrome neuroléptica, caracterizada por indiferença emocional, sem diminuição importante da vigília”. Laborit sugeriria então a dois colegas psiquiatras, Jean Delay e Pierre Deniker, o uso experimental da droga em pacientes mentais, sendo a substância administrada em pacientes internados por longos períodos em instituições psiquiátricas, como aponta a professora (SILVA, 2006, p.273):

Surpreendentemente, muitos desses pacientes apresentaram melhora considerável, e puderam mesmo retornar ao convívio social. Em especial, os sintomas psicóticos característicos da esquizofrenia eram aliviados após algum tempo de uso da droga. A notícia logo se propagou, e o uso da clorpromazina e de seus análogos difundiu-se pelo mundo.

A droga foi amplamente utilizada para tratamento de pessoas diagnosticadas com esquizofrenia¹⁶⁶ e, como resultado dessa difusão, houve uma grande diminuição “do número de leitos dedicados a pacientes crônicos”, sobretudo, nas nações mais ricas e desenvolvidas, abrindo portas para as intervenções sociais e psicológicas¹⁶⁷, que trariam benefício adicional ao paciente, quando podemos citar aqui o uso de terapias alternativas visando a reabilitação psicossocial da pessoa, como a psicanálise e o ateliê de artes de Nise da Silveira, por exemplo.

É preciso considerar também que, com a descoberta e o desenvolvimento desses psicofármacos e o aumento na quantidade e qualidade dessas substâncias, houve uma drástica diminuição da manifestação dos sintomas decorrentes dos transtornos mentais, “com grande reconhecimento da importância do emprego da terapia medicamentosa no tratamento do portador de transtorno mental”, segundo Andréa Guimarães¹⁶⁸ (2013, p.363).

É com este arsenal terapêutico que nos manicômios brasileiros as cenas de encarceramento e maus tratos se repetiram ao longo dos séculos e os infelizes que ultrapassassem os portões desses hospitais seriam, inevitavelmente, tragados para a morte.

¹⁶⁶ Silva nos apresenta a definição atual de esquizofrenia como uma “psicose crônica idiopática, aparentando ser um conjunto de diferentes doenças com sintomas que se assemelham e se sobrepõem. A esquizofrenia é de origem multifatorial onde os fatores genéticos e ambientais parecem estar associados a um aumento no risco de desenvolver a doença”. SILVA. Op. Cit. p. 263, nota 165.

¹⁶⁷ Nise da Silveira em seu “O Mundo das Imagens” cita psiquiatras reconhecidos por seus trabalhos que levam em consideração as intervenções sociais e psicológicas e dá exemplos como as experiências de Cooper, Laing e Esterson na Inglaterra, de Basaglia na Itália e de Luiz Cerqueira no Brasil. SILVEIRA. Op. Cit. p.15, nota 20.

¹⁶⁸ GUIMARÃES, Andréa Noeremberg. Et al. *Tratamento em saúde mental no modelo manicomial (1960 a 2000): histórias narradas por profissionais de enfermagem*. Revista Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2013 Abr-Jun; 22(2): 361-9.

Para ilustrar brevemente essa afirmação, utilizarei como exemplo dois desses terríveis asilos, cuja trágica história está inscrita nas páginas da psiquiatria nacional: o Hospital Psiquiátrico de Barbacena (MG) e o Hospital Juquery (SP), inaugurados entre fins do século XIX e início do século XX e, embora não estejam em funcionamento, ainda abrigam algumas centenas de seus antigos ocupantes.

O primeiro exemplo foi considerado um dos maiores hospícios brasileiros, o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena, o Colônia, fundado em 1903, ficou conhecido assim por ter abrigado atos de crueldade parecidos com os que aconteceram nos campos nazistas durante a Segunda Guerra Mundial, como disse o psiquiatra italiano Franco Basaglia, em visita ao lugar. Em 1961, o jornalista José Franco e o fotógrafo Luiz Alfredo da revista “O Cruzeiro”, visitaram o Hospício em Minas Gerais. Na oportunidade ele fez mais de trezentas fotos, todas em preto e branco, para uma reportagem que ele e seu companheiro de trabalho chamaram de “Sucursal do Inferno”. O fotógrafo descreveu assim aquilo que viu e que recupera ARBEX (2013, p.149):

Milhares de mulheres e homens sujos, de cabelos desgrehados e corpos esqueléticos cercaram os jornalistas. (...) Os homens vestiam uniformes esfarrapados, tinham as cabeças raspadas e pés descalços. Muitos, porém, estavam nus. Luiz Alfredo viu um deles se agachar e beber água do esgoto que jorrava sobre o pátio. Nas banheiras coletivas havia fezes e urina no lugar de água. Ainda no pátio, ele presenciou o momento em que carnes eram cortadas no chão. O cheiro era detestável, assim como o ambiente, pois os urubus espreitavam a todo instante.

O que levou este episódio a tornar o lugar nacionalmente conhecido pelas atrocidades cometidas, inclusive, como um entreposto de cadáveres que eram vendidos para faculdades de medicina da região, em um momento de profunda repressão no Brasil, que perseguia quem denunciasse as condições dessas instituições, como inúmeros psiquiatras e ativistas em prol dos direitos humanos que atuavam na época.

Figura 7 - Homem toma água do esgoto à céu aberto que corta um dos pavilhões do Colônia.

Foto de Luiz Alfredo, 1961, que hoje pertence ao acervo do Museu da Loucura, em Barbacena – MG.¹⁶⁹

Quase duas décadas mais tarde, a situação ainda era a mesma e conforme afirma a professora Maria Stella Brandão Goulart¹⁷⁰ (2010, p.37) “a imprensa mineira já vinha evidenciando a questão da assistência psiquiátrica ao longo do ano de 1979”, por meio de uma série de reportagens de Hiram Firmino chamada de “Nos Porões da Loucura”, publicadas pelo periódico Estado de Minas, com fotos de Jane Faria, conquistando o Prêmio Esso Regional de Jornalismo em 1980, tornava novamente o lugar palco de denúncias de violação dos direitos humanos.

Na mesma época o cineasta mineiro Helvécio Ratton realiza ali dentro o documentário *Em nome da Razão*¹⁷¹ mostrando claramente as condições desumanas e o ócio desesperador dos que viviam lá, o que muito contribuía para sua morte social, denunciando o horror do sistema psiquiátrico brasileiro, como nos dizeres de Goulart (2010, p.38):

¹⁶⁹ Imagem extraída das redes sociais da Tribuna de Minas, com acesso em 16/02/2017, pelo link: <https://www.facebook.com/tribunademinas/photos/a.297286210291876.72153.202514946435670/297892083564622/?type=3&theater>

¹⁷⁰ GOULART, Maria Stella Brandão. *Em nome da razão: quando a arte faz história*. Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano. 2010; 20(1): 36-41.

¹⁷¹ *Em nome da razão*. Preto e branco, 1979. 23’50’’. Direção de Helvécio Ratton.

O filme se desenvolve a partir das enfermarias e pátios internos, vasculha os corredores, as celas fortes, contrasta a miséria humana e a sofisticação do projeto arquitetônico do manicômio inaugurado, com pompas e honras, em 1904. O som que se capturou foi estritamente o produzido localmente: gritos, lamúrias e relatos impressionantes acerca do cotidiano e das histórias de vida dos que ali resistiam.

Articulado junto à Secretaria de Saúde de Minas Gerais, foi produzido com recursos próprios pelo Grupo Novo de Cinema e TV e pela Associação Mineira de Saúde Mental, trata-se de um curta metragem, com vinte e três minutos e cinquenta segundos, em preto e branco, filmado em 1979 e exibido no mesmo ano durante o III Congresso Mineiro de Psiquiatria, tornou-se um marco da luta e da reforma política da saúde mental no país, sendo visto e premiado no mundo todo.

Figura 8 - Homens de um dos pavilhões do Colônia.
Foto de Luiz Alfredo, 1961, que hoje pertence ao acervo do
Museu da Loucura, em Barbacena – MG.¹⁷²

Arbex (2013, p.13) destaca que lá teria acontecido a morte de pelo menos 60 mil pessoas entre os anos de 1903 e 1980. Além das condições insalubres, o hospício chegou a ter cinco mil pessoas ao mesmo tempo, enquanto a capacidade original era para apenas duzentas. Atualmente, o manicômio é mantido pela Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG) e restam apenas 160 pessoas do período em que o lugar mais se parecia com “campo de concentração”. Ela ainda ressalta que “ninguém nunca foi punido pelo genocídio”.

¹⁷² Imagem extraída do site Canto dos Livros, com acesso em 16/02/2017, pelo link: https://cantodoslivros.files.wordpress.com/2014/06/holocausto_.jpg

Por sua vez, o segundo era internacionalmente conhecido como “polo latino-americano de estudo e difusão de tratamentos médico-psiquiátricos” (MASIERO, 2003, p.558), além de ser o maior do continente à sua época, ficou conhecido desde os anos 30 pela tragédia que ali se abatia, além disso, nele se encontrava um material humano¹⁷³ que poderia ser amplamente utilizado como cobaia para experimentos médicos, e nos anos 40 e 50, muitos viventes ali deixaram suas vidas em nome do progresso científico.

Figura 9 - Hospital Juquery em Franco da Rocha.
Foto: Reprodução/Facebook¹⁷⁴

Paulo Fraletti¹⁷⁵, que foi Diretor Geral do Complexo Hospitalar de Juquery e do Manicômio Judiciário do Estado de São Paulo conta que “inaugurado em maio de 1898 como Asilo Colônia da Sucursal do Juquery do Hospício de Alienados de São Paulo”, o Hospital teve como seu idealizador e primeiro diretor, o médico psiquiatra Francisco Franco da Rocha

¹⁷³ “No Brasil, o material humano sujeito às intervenções já estaria deveras deteriorado (Longo et alii, 1949, p. 130), isto é, com muito tempo de internação, sem vínculos sociais, com a saúde debilitada etc. A conclusão de que menos de 1/3 dos pacientes tinham melhoras significativas gerou um certo pessimismo entre os médicos brasileiros no final da década de 1940. Impossível saber quantas cirurgias foram realizadas nos hospitais brasileiros, mas apenas no Juquery, até 1949, foram cerca de setecentas, quase todas em mulheres (Yahn et alii, 1948-49). Nas estatísticas dificilmente eram contabilizados os casos piorados, isto é, que ficaram com sequelas irreversíveis, mesmo porque ninguém se interessava por métodos de avaliação psicológica mais eficientes que a simples e rápida observação diária.” MASIERO. Op. Cit. p. 561, nota 134.

¹⁷⁴ Imagem extraída da reportagem *À espera do fechamento, Juquery agoniza e vê funcionários virarem pacientes*, do jornal eletrônico Último Segundo, de Anderson Passos - iG São Paulo em 12/12/2014, com acesso em 08. Março. 2017. Disponível em: <<http://ultimosegundo.ig.com.br/brasil/2014-12-12/a-espera-do-fechamento-juquery-agoniza-e-ve-funcionarios-virarem-pacientes.html>>. Acesso em 23 fev. 2017.

¹⁷⁵ FRALETTI, Paulo. *Juqueri: Passado, Presente, Futuro*. Arquivo. Saúde Mental - Estado de São Paulo, XLVI, (p. 156-177), 19Sü/87.

que, nas colônias agrícolas de reabilitação da França, “buscou inspiração para construir um grande empreendimento” que ocuparia “uma área de 600 mil metros quadrados”, localizado no município de Franco da Rocha, interior de São Paulo, (FRALETTI, 1987, p.163).

Como primeira colônia agrícola para recolher os dementes, inauguraria no Brasil uma medicina de contornos científicos, ligado a um cenário republicano de mercado, o que nos permite inferir sobre sua característica higienista, de eugenia, que visava sanear as ruas dos mais diversos tipos de excluídos socialmente e, ao ser inaugurado, recebeu oitenta pessoas: entre negros, marginais, mendigos e, claro, doentes mentais.

O hospital passou por inúmeras crises e poucas décadas depois enfrentava denúncias relacionadas ao desrespeito aos direitos humanos, visto as condições de higiene dos internos, a violência e as práticas abusivas, a péssima alimentação, a falta de funcionários e medicamentos, além da precariedade das instalações.

Inicialmente edificado com oitocentos leitos, nos anos 60 chegou a comportar mais de quatorze mil internos, como afirma a diretora do Hospital Maria Alice Scardoelli, em entrevista concedida ao CREMESP – Conselho Regional de Medicina de São Paulo¹⁷⁶ em 2009. “Construído com o que tinha de mais moderno na época, em pouco tempo o hospital se tornou referência nacional em psiquiatria” (CREMESP, 2009, p.7) e logo passou a abrigar todos que não se encaixavam naquele horizonte social em um ambiente que, inicialmente, era suntuoso, mas que, ao longo dos anos, ficou completamente degradado pelas inúmeras crises que enfrentou em sua história.

Como relataria anos mais tarde Walter Farias, no livro *O Capa-Branca*¹⁷⁷, atendente de enfermagem que trabalhou no Hospital e tendo sua saúde mental abalada, viveu na pele os horrores do Juquery, durante os anos 70, como ele mesmo descreve (FARIAS, NAVARRO, 2013, p.35):

Aquele lugar parecia uma maçã podre. Por fora, a casca era bonita e reluzente, com prédios e construções que eu nunca tinha imaginado que veria na minha vida. Do lado de dentro, a polpa estava pobre e carcomida por vermes famintos. Um amontoado de homens pelados ou maltrapilhos com a cabeça raspada passava o dia perambulando pelas galerias e corredores e povoava cada um dos pátios.

¹⁷⁶ Publicado no Jornal do CREMESP em março de 2009. Disponível em: <<http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Jornal&id=1129>>. Acesso em 08Mar. 2017.

¹⁷⁷ FARIAS, Walter, SONIM, Daniel Navarro. *O Capa-Branca: de funcionário a paciente de um dos maiores Hospitais Psiquiátricos do Brasil*. São Paulo: Editora Terceiro Nome, 2013. 191 p.

Passadas muitas décadas, a situação parecia a mesma, como podem comprovar as imagens do fotógrafo Claudio Edinger, em seu livro *Loucura*, publicado em 1997, que nos oferece um registro do cotidiano do Hospício. Entre 1989 e 1990 ele teria passado alguns dias no complexo, em um lugar que se parece mais com uma prisão e a permanência ociosa das pessoas ali, uma forma de tortura.

Figura 10 - Pavilhão feminino do Juquery, imagem de Claudio Edinger, do livro *Madness*¹⁷⁸ de 1999

Ferindo e contrariando os princípios éticos da medicina e o Código de Nuremberg (1947) encontrou-se ali um vasto campo fértil repleto de abandonados e desprotegidos, e entre os neurocirurgiões brasileiros as lobotomias foram praticadas intensamente e suas técnicas cada vez mais aprimoradas¹⁷⁹, inclusive produzindo estudos inéditos no mundo.

Com vistas a contribuir com a literatura médica psiquiátrica, apresentavam seus trabalhos em congressos nacionais e internacionais¹⁸⁰, mas, no entanto, “os fracassos não

¹⁷⁸ EDINGER, Cláudio. *Madness*. New York: DBA, 1999.

¹⁷⁹ Segundo Masiero (2003) A lobotomia e a leucotomia foram mais intensamente empregadas nos pacientes dos hospitais psiquiátricos brasileiros entre 1942 e 1956. Neste período há publicações em todos os anos, sem interrupções. De maneira geral, a cada trabalho acrescentava-se um detalhe técnico com o intuito de diminuir as mortes e alcançar melhores resultados, o que nem sempre era conseguido. Op. Cit. p. 558, nota (160)

¹⁸⁰ Segundo Masiero (2003) Em 1948, Mario Yahn, Aloysio Mattos Pimenta e Afonso Sette Jr. publicaram o maior trabalho do gênero da literatura psiquiátrica brasileira, apresentando ainda uma outra inovação técnica que chamaram leucotomia em três tempos. Com este trabalho participaram do Congresso de Psicocirurgia de Lisboa, em agosto de 1948, e do V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal, ocorrido no Rio de Janeiro e São Paulo, no mesmo ano, em comemoração do cinquentenário de fundação do Juquery. Id. p. 560.

eram contabilizados” nem relatados e, por motivos diversos, sequer havia um prolongado “acompanhamento pós-operatório”, que respaldassem suas conquistas, como apontou Masiero (2003, p.559).

Essas cirurgias seriam realizadas primeiramente em pacientes crônicos, aqueles sem nenhum vínculo social ou familiar, sendo que muitas deles não respondiam aos efeitos esperados. Por não terem para onde ir esses pacientes não abandonavam o Hospital e “acabavam trabalhando na horta ou na cozinha da instituição pelo resto da vida”, considerando ainda que, após a cirurgia, seu estado físico e psicológico dispensaria a “equipe psiquiátrica de prestar os cuidados antes exigidos, o que era também uma vantagem institucional” (MASIERO, 2003, p.568). Estavam apáticos, porém, dóceis, sem reação, uma morte em vida. Para os mais crônicos, buscava-se anular comportamentos inadequados para a rotina do lugar como, as chamadas tecnicamente de “agitação psicomotora” ou “irritabilidade”, muito mais que sua reinserção na sociedade, o que já bastaria para que ele fosse considerado curado.

Crianças¹⁸¹ também eram vítimas desses experimentos bárbaros que, segundo Masiero (2003, p.562) não tinha “precedentes na bibliografia internacional” da época, sob a justificativa de que, quanto antes tratadas melhores seriam os resultados, o que poderia evitar inúmeros problemas à sociedade, às suas famílias e ao próprio hospital, evitando que passassem sua vida na dependência dos familiares ou da própria instituição psiquiátrica.

As mulheres do lugar também foram acometidas em massa por essas intervenções. Segundo ele (MASIERO, 2003, p.558) em 1944, surge aqui um primeiro trabalho com a aplicação da leucotomia cerebral de Moniz, com a colaboração de uma grande equipe de médicos e psiquiatras¹⁸², e das cento e sessenta cirurgias feitas nesse estudo, com pacientes

¹⁸¹ “Em 1947 os psiquiatras Mário Yahn, Stanislaw Krynski e os neurocirurgiões Aloysio Mattos Pimenta e Afonso Sette Jr. operaram nove crianças, sendo todas meninas entre nove e 16 anos de idade, do pavilhão feminino infantil do Juquery. Não obstante o grande número de operações realizadas no mundo todo, este foi o primeiro estudo publicado com crianças que se tem notícia. Talvez seja o único. A ideia básica era a de que quanto antes se tratasse a doença, melhor seria o prognóstico. Enfim, crianças constituíam um material humano ainda não degradado. Nas palavras dos autores: Em igualdade de condições, era de supor que, em indivíduos jovens, as probabilidades de sucesso seriam muito maiores que no adulto, em virtude da evolução natural, não só do sistema nervoso, como também das aptidões psíquicas, variáveis com a idade (Yahn et alii, 1949, p. 349). Outra justificativa era a de que se não fossem tratadas com rapidez, estas crianças com perversões instintivas e desvios de conduta, que tantos infortúnios causavam às famílias, à sociedade e ao próprio hospital, futuramente não teriam mais cura, e passariam a depender da família ou de alguma instituição pelo resto da vida”. MASIERO. Op. cit. p. 562, nota 134.

¹⁸² Entre Os médicos citados, responsáveis pelo trabalho estão Edgard Pinto Cesar, Darcy M. Uchôa, Eduardo Guedes, Nilo Trindade e Silva, José Bottiglieri, Rachel Mendes e Mario Yahn, além do cirurgião Antônio Carlos Barreto. MASIERO. Op. cit. p. 558, nota 134.

eram do sexo feminino. Nele seus autores não teriam esclarecido o motivo desta escolha, “afirmando apenas que se tratava de antigas pacientes insensíveis a outros tratamentos”¹⁸³.

Já nos anos 90, segundo o Jornal do CRP São Paulo¹⁸⁴, sob a manchete “Cem anos devem mostrar o que o Juquery escondeu”, descobriu-se que ali teriam morrido aproximadamente sessenta e uma mil pessoas entre sua inauguração e o ano de 1991, como estima uma Comissão Parlamentar de Representação instaurada em 1998, na Assembleia Legislativa de São Paulo, para investigar esse genocídio entre os muros do Juquery, que durante o período da ditadura militar também pode ter sido utilizado como um de seus porões de tortura e morte.

Misteriosamente, documentos e dois livros com o registro de nomes de aproximadamente doze mil e quinhentos pacientes mortos no Juquery entre 1965 e 1989 chegaram às mãos do deputado Roberto Gouveia em 1992, quando presidia a CPR dos Desaparecidos Políticos.

Anos mais tarde, em 1998, quando das festividades do centenário do Hospital, foram entregues novos documentos e livros, com nomes de mais de trinta mil pessoas, no ato solene Juquery - Um Século de Mortes e Impunidades, ao assessor de Direitos Humanos da Procuradoria Geral de Justiça do Estado de São Paulo, Carlos Cardoso, em 24 de setembro daquele ano, buscando a verdade sobre o passado sombrio da instituição, como mostra o Jornal do CRP (2009, p.7):

Na Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo, uma Comissão Parlamentar de Representação (CPR) é instaurada para investigar as conexões entre regime militar e Juquery, a pedido da Comissão de Familiares de Mortos e Desaparecidos Políticos. Presidida pelo deputado estadual Roberto Gouveia, do PT, a CPR descobre provas concretas da escusa relação: fichas médicas de presos políticos, enquadrados na Lei de Segurança Nacional, são encontradas no arquivo do hospital psiquiátrico, mostrando que o manicômio foi um dos porões da ditadura. Esta mesma Comissão localizou mais de mil ossadas numa vala clandestina do cemitério de Perus, que fica a apenas 13 quilômetros do manicômio.

¹⁸³ Em Masiero pode-se encontrar um relato que justificava a escolha de uma paciente para passar por uma neurocirurgia: mulher de 24 anos fora submetida a vinte aplicações de eletrochoque e quarenta comas insulínicos sem que seu quadro de esquizofrenia hebefrênica fosse alterado. Submetida à leucotomia pré-frontal, com cinco cortes em cada lobo, diz o cirurgião, a paciente se recuperou completamente e depois de um mês teve alta, voltando a conviver com a família. Ibid. p. 558.

¹⁸⁴ Jornal do CRP São PAULO. ANO 17. Nº 113. Publicado em novembro/dezembro de 1998. PDF

Entre os registros de mortos estão crianças, adolescentes e natimortos, além de apontamentos de um grande número de amputações de pernas e braços, como afirma ao jornal a fundadora da ONG SOS Saúde Mental, Isabel Cristina Lopes, que com outras importantes instituições de defesa dos direitos humanos, participou do ato e da entrega dessa documentação à época, narrando o episódio ao periódico.

Esse degradante sistema psiquiátrico adotado pelo Brasil é, desde meados do século XIX, um modelo de reclusão e tratamento ainda não superado, visto a existência de mais de uma centena desses hospitais e os recentes episódios de violação dos direitos humanos, denunciados pela imprensa à sociedade e ao poder público, trazendo à luz os problemas enfrentados na desinstitucionalização psiquiátrica no país.

Em todas as histórias apresentadas, os números são assustadores, desde a superlotação, o número de óbitos, as causas das mortes, o encarceramento, a violência e a exclusão, a marginalização, a medicalização, os tratamentos bárbaros e cruéis, o abandono familiar e a omissão do Estado e da sociedade, nos levou a um verdadeiro genocídio dessas pessoas. Apenas nos casos citados, das estatísticas com que tive contato, foram milhares de mortos em um verdadeiro Holocausto Brasileiro, corroborando com o que diz Arbex. As diversas fontes consultadas apontam também que em nenhum dos casos estudados houve punição dos responsáveis, bem como, reconstruir parte dessa história nos coloca diante do estigma que carregam essas pessoas e que insistentemente continua a fazer parte de nossa memória.

Capítulo 4. De portas abertas

*“A palavra que eu mais gosto é liberdade.”
Nise da Silveira*

Frente ao horror e as barbáries impetradas contra milhares de pessoas na primeira metade do século XX¹⁸⁵ é que luzes se acendem em direção ao respeito à vida e aos direitos humanos. Entre uma multidão de vidas nuas: vítimas de massacres de guerra, perseguição política e opressão, pobreza e exclusão, cobaias de pesquisas médico-científicas, estão os encerrados nos antigos manicômios e hospitais psiquiátricos do mundo afora e do Brasil.

Sendo que, apenas recentemente, a partir dos anos 60, é que se proporião formas de cuidados humanizados às pessoas com transtornos mentais, com abordagens médicas que levassem em consideração a pessoa, sua autonomia e sua liberdade, os aspectos sociais e a importância das terapias alternativas em seu tratamento, e que logo mais embasariam o pensamento de inúmeros ativistas reconhecidos e anônimos em prol dos direitos humanos e da cidadania, que mesmo em meio a regimes militares, se tornariam porta vozes na luta pela dignidade desses asilados, e que acabaram por influenciar sobremaneira a construção das políticas públicas que instauraram a reforma psiquiátrica em nosso país embasando um novo modelo de atenção à saúde mental.

Como as contribuições da psiquiatra Nise da Silveira¹⁸⁶ para um entendimento dos processos de reabilitação psicossocial, que desde os anos 50, por meio de seu trabalho e sua vasta obra, alicerçou o ideal de um tratamento humanizado e que considera a arte como sua principal ferramenta terapêutica, em oposição a um tratamento medicamentoso e de reclusão. Para ela “a arte é libertadora”, uma potência capaz de derrubar os muros manicomial e atuar diretamente naquilo que ela chama de “autocura” do sujeito, sendo um dos meios mais

¹⁸⁵ “Na memória das gerações pós1945, a Guerra dos Trinta e Um Anos não deixou atrás de si o mesmo tipo de memória que sua antecessora mais localizada do século 17. Isso se deve em parte ao fato de ela só ter formado uma única era de guerra da perspectiva do historiador. Para os que a viveram, foi experimentada como duas guerras distintas, embora relacionadas, separadas por um período entre guerras sem francas hostilidades, que vai de treze anos para o Japão (cuja Segunda Guerra começou na Manchúria em 1931) a 23 anos para os EUA (que só entraram na Segunda Guerra Mundial em dezembro de 1941). Contudo, se dá também porque cada uma dessas guerras teve seu próprio caráter e perfil históricos. Ambas foram episódios de carnificina sem paralelos, deixando atrás as imagens de pesadelo tecnológico que rondaram as noites e dias da geração seguinte: gás venenoso e bombardeio aéreo após 1914, a nuvem do cogumelo da destruição nuclear após 1945.” HOBSBAWN. Op. cit. p. 59, nota 141.

¹⁸⁶ SILVEIRA. Op. cit. p. 47, nota 20.

eficazes para o tratamento daqueles que sofrem de transtornos mentais. Ela aponta um grande salto em sua qualidade de vida quando em contato com a arte: “O ateliê de pintura será um oásis, se o doente tiver a liberdade de exprimir-se livremente e aí relacionar-se afetivamente com alguém que o aceite e procure entendê-lo na sua forma peculiar de linguagem” (SILVEIRA, 1992, p.47).

Logo no primeiro capítulo de seu livro “O Mundo das Imagens”, Nise faz crítica ao modelo médico tradicional de base cartesiana e ela explica que a influencia de Descartes¹⁸⁷ persiste, desde o século XVII, na conceituação das relações entre corpo e psique sobre a medicina científica, que explica o corpo como se fosse uma máquina complexa e as doenças como perturbações ao seu funcionamento, cabendo ao médico atuar por meios físicos ou químicos para consertar os enguiços mecânicos.

No entanto, a razão, que comandaria emoções e sentimentos, hierarquicamente superior e independente do corpo, por vezes era acometida de desvarios e o homem a perdia, “era a loucura”, assinala ela. Então, surgiram médicos especialistas nesse fenômeno e que a submeteram ao mesmo modelo médico, sendo a razão vista como “um mero epifenômeno da máquina cerebral” lhes cabendo “por bem ou por mal” consertar essa máquina que havia descarrilhado dos “trilhos da razão”, ensina Silveira (1992, p.11).

Para ela (SILVEIRA, 1992, p.11), seria ainda hoje, muito forte o “clima de opinião cartesiana” que paira sobre os psiquiatras que se concentrariam em descobrir as causas orgânicas para as perturbações mentais, desconsiderando suas dimensões psicológicas, pois, algumas doenças lhes dariam razão, “como a meningoencefalite crônica, a arteriosclerose, as demências senis”, bem como, entusiastas estudavam as regiões do cérebro responsáveis pelas doenças psíquicas, mas que, muitos outros distúrbios escaparam às “pesquisas

¹⁸⁷ Em seu livro “O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente, Fritjof Capra afirma que “no decorrer de toda a história da ciência ocidental, o desenvolvimento da biologia caminhou de mãos dadas com o da medicina. Por conseguinte, é natural que, uma vez estabelecida firmemente em biologia a concepção mecanicista da vida, ela dominasse também as atitudes dos médicos em relação à saúde e à doença. A influência do paradigma cartesiano sobre o pensamento médico resultou no chamado modelo biomédico, que constitui o alicerce conceitual da moderna medicina científica. O corpo humano é considerado uma máquina que pode ser analisada em termos de suas peças; a doença é vista como um mau funcionamento dos mecanismos biológicos, que são estudados do ponto de vista da biologia celular e molecular; o papel dos médicos é intervir, física ou quimicamente, para consertar o defeito no funcionamento de um específico mecanismo enguiçado. Três séculos depois de Descartes, a medicina ainda se baseia, como escreveu George Engel, “nas noções do corpo como uma máquina, da doença como consequência de uma avaria na máquina, e da tarefa do médico como conserto dessa máquina”. Disponível em <<http://www.psiquiatriageral.com.br/educacaomedica/modelo1.htm>>. Acesso em: 28 Ago. 2017.

anatomopatológicas e às mais acuradas investigações bioquímicas” e “era difícil encaixá-las no modelo médico”, sendo que, aos poucos, cresceu uma contracorrente em oposição ao modelo vigente.

Querendo consertar à força a máquina doente, nesse modelo médico tradicional, se utilizavam métodos extremamente agressivos como o eletrochoque de Cerletti, o coma insulínico de Sakel, a lobotomia de Moniz, as psicocirurgias de Freeman, a quimioterapia de Laborit, todos eles com gravíssimos efeitos colaterais e que certamente ainda possuem ressonâncias em nossa história.

Ela ensina que tais efeitos colaterais são terríveis para os pacientes que sentiriam na pele os horrores de drogas como a “chlorpromazina” e a “clozapine” que, segundo eles mesmos, “os deixariam entorpecidos das funções psíquicas, com dificuldades de tomar decisões e sonolência permanente” (SILVEIRA, 1992, p.13), além disso, os pacientes tratados com essas drogas antipsicóticas ainda enfrentariam “ulceração da garganta, das mucosas digestivas e da pele”, em altíssima percentagem.

Além disso, “as descobertas químicas de ação sobre o sistema nervoso teriam ocasionado importantes transformações no tratamento das doenças mentais” cujos medicamentos são ministrados em doses excessivas pelos hospitais psiquiátricos, que agora poderiam viver em paz, no que ela chama de uma “camisa-de-força química” (SILVEIRA, 1992, p. 13).

Tais efeitos também seriam ilusórios para aqueles que defendiam com entusiasmo a redução de tempo de internação, pois, estatísticas avaliadas por Nise apontariam que o número de reinternações não tivera obtido nenhuma mudança, visto que, o tratamento por substâncias químicas controlaria os sintomas, mas, não os curaria, evidenciando que essa forma seria “contraterapêutica”. Como ela mesma parafraseia o Dr. Luiz Cerqueira: “se as drogas, os choques e as leucotomias curassem mesmo, a loucura já teria sido erradicada da face da terra. Entre nós, o que acontece é que, apesar dos psicofármacos, cada vez mais doentes internamos e reinternamos nos hospitais psiquiátricos” (SILVEIRA, 1992, p. 14).

Outra contundente crítica de Nise trata da atuação de uma poderosa indústria multinacional por trás dessas substâncias, pois, segundo ela, “mesmo hospitais públicos de países pobres” destinariam a maior parte de seus recursos para a aquisição dessas drogas, que ainda seriam, muitas vezes, “ministradas em doses excessivas”, destacando que “a propriedade privada de mais de 78% dos estabelecimentos psiquiátricos do país demonstraria

que a loucura é um negócio lucrativo e quanto mais indivíduos internados e reinternados melhor” (SILVEIRA, 1992, p.14).

Neste cenário, ela nos ensina, que nem todos estavam contentes e foram inúmeras as tentativas feitas mundo afora em busca de uma reforma desse sistema com a abolição do regime carcerário e de maus tratos, dos métodos agressivos e que permitam ao paciente adquirir a condição de pessoa, com direito a ser respeitada.

Ela (SILVEIRA, 1992, p. 14) cita as experiências de nomes como David Cooper, que propunha um “regime liberto da coação característica da psiquiatria tradicional” e orientado pelo convívio familiar, bem como, seus parceiros Laing e Esterson fundam uma associação beneficente, cujas bases teóricas “considera a pessoa humana em sua totalidade”. No entanto, ela reforça que essas experiências foram sumariamente extintas em pouco tempo, o que interrompeu bruscamente o desenvolvimento dessas propostas.

Entretanto, Nise (SILVEIRA, 1992, p.15) nos conta que “o mais forte empreendimento de mutação na área da psiquiatria”, teria ocorrido com a negação da instituição psiquiátrica por Franco Basaglia¹⁸⁸, diretor do Hospital Psiquiátrico de Gorizia, na Itália, no início dos anos sessenta, que ali propõe encontros entre médicos e internados, acabando com as “medidas habituais de contenção”. Anos mais tarde, já em Triste, ele teria iniciado o processo de desativação da instituição psiquiátrica fechada e teria criado centros externos para dar suporte aos ex-internados.

Para Gondim¹⁸⁹ (2001, p.17) a negação da instituição por Basaglia “não se resumiria na negação do hospital psiquiátrico, e sim na psiquiatria enquanto ideologia, enquanto ciência que se apodera de um mandato social. Não seria tampouco a negação da doença, já que o sofrimento está lá, com o sujeito”, visto como um objeto complexo e que possibilitaria “múltiplas visões acerca do fenômeno doença”. Tal negação implica ainda na “superação e invenção de novas formas de atuação” o que teria tornado necessário “um conjunto de

¹⁸⁸ Franco Basaglia, psiquiatra italiano que “usando determinadas produções teóricas e uma forma peculiar ao lidar com as questões sociais, construiu uma das mais radicais transformações no campo da psiquiatria e dos saberes sociais” difundindo práticas de respeito à vida e à liberdade, tomando o paradigma clínico como objeto verdadeiro de um processo de desinstitucionalização psiquiátrica, reconhecido por sua máxima “por uma sociedade sem manicômios” que fundamenta a luta para o fim dessas instituições. AMARANTE. Op. cit. p. 61, nota 14.

¹⁸⁹ GONDIM, Denise Saleme Maciel. *Análise da implantação de um serviço de emergência psiquiátrica no município de Campos: inovação ou reprodução do modelo assistencial*. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública: 2001. 125 p.

transformações não somente no saber psiquiátrico, como nas políticas implementadas até então”.

Sendo assim, a passagem da “instituição negada para uma instituição inventada” representaria todo o processo de desinstitucionalização da Psiquiatria na Itália, cuja ênfase passou a ser um projeto de invenção de saúde e de reprodução social do paciente, sendo que a “palavra-chave deixaria de ser cura para se tornar cuidados” (GONDIM, 2001, p.17), pensamento que ajuda a derrubar os muros dos antigos manicômios.

De acordo com a professora Maria Salete Bessa Jorge¹⁹⁰ o importante conceito de reabilitação psicossocial da pessoa com transtorno mental, também seria uma contribuição da Psiquiatria Democrática de Basaglia que “defendia a ruptura com o paradigma clínico, com a relação linear causa e efeito na concepção da loucura e com o rótulo de periculosidade do doente mental, negando a instituição psiquiátrica e propondo uma alternativa nova de tratamento” (JORGE, 2006, p.735) sendo que a partir da crítica aos asilos feita pelo psiquiatra é que se promulgou a lei 180/78, em fins dos anos 70, na Itália.

Ela afirma ainda que tal conceito fora “forjado no interior do movimento brasileiro de reforma psiquiátrica”, (JORGE, 2006, p.735) a partir dos postulados do italiano e que:

[...] a principal função reabilitadora seria a restituição da subjetividade do indivíduo na sua relação com as instituições sociais, ou melhor, a possibilidade de recuperação da contratualidade. A reabilitação psicossocial precisa contemplar três vértices da vida de qualquer cidadão: casa, trabalho e lazer. Nesta perspectiva, a reabilitação consiste em um conjunto de estratégias capazes de resgatar a singularidade, a subjetividade e o respeito à pessoa com sofrimento psíquico, proporcionando-lhe melhor qualidade de vida.

No Brasil, Nise nos relembra de Ulisses Pernambuco que em 1931, como diretor do Hospital Psiquiátrico Pernambucano, “destruiu calabouços e camisas de força”, instalando “um esboço de praxiterapia e criou uma escola para jovens psiquiatras”, e que já naquela época ele teria se preocupado com os “fatores interpessoais e socioculturais dos distúrbios mentais”, levando-os em conta em sua prevenção, bem como, destaca nomes como Luiz Cerqueira, Alice Marques dos Santos, Carlos Augusto de Araújo Jorge e suas contribuições

¹⁹⁰ JORGE, Maria Salete Bessa. *Reabilitação Psicossocial: visão da equipe de Saúde Mental*. Revista Brasileira de Enfermagem. 2006, nov-dez; 59(6): p. 734-9.

para uma “verdadeira mutação de nossas instituições psiquiátricas, nas quais o internado é um paciente e não uma pessoa humana no gozo de seus direitos” (SILVEIRA, 1992, p.16).

Silveira nos relata então sua experiência, quando teria retomado seu trabalho no Centro Psiquiátrico de Engenho de Dentro e que, desde 1946, nunca aceitou os tratamentos tradicionais vigentes na medicina psiquiátrica e teria seguido o caminho da terapêutica ocupacional que, segundo ela, é “considerada como um método subalterno voltado apenas a distrair os pacientes e contribuir para a economia hospitalar” (SILVEIRA, 1992, p.16).

Desde o início, uma das preocupações de Silveira era de natureza teórica, transformando essa seção em um campo de pesquisa, afim de por a prova a potência das terapêuticas ocupacionais frente ao arsenal tradicional de tratamento, cujo método que utilizava pintura, modelagem, música, trabalhos artesanais, era considerado “ingênuo e inócuo” (SILVEIRA, 1992, p.16).

Sendo a psicoterapia individualizada impraticável nos hospitais psiquiátricos superpovoados no Brasil, esse método teria “resultados rápidos e evidentes” (SILVEIRA, 1992, p.16), ressalta, modificando o ambiente dos hospitais e infundindo vida aos locais onde aconteciam. Essa experiência teria se desenvolvido progressivamente no Pedro II e ali chegaram a funcionar dezessete núcleos de atividades, que proporcionariam condições para a expressão das vivências de seus frequentadores e o estímulo ao convívio social, conta ela.

Ela nos ensina que atividades “como festa junina, oficinas de encadernação, pintura, modelagem e música, recreação ao ar livre”, por exemplo, possuiriam qualidades terapêuticas, “despotencializando emoções tumultuosas, objetivando forças autocurativas, movendo-se em direção à consciência, ou seja, à realidade” (SILVEIRA, 1992, p.17).

Ela destaca a importância da pintura e da modelagem nessa experiência, cuja compreensão do processo psicótico e de seu valor terapêutico, sobretudo no caso da esquizofrenia, é que teria nascido, dessa seção, o Museu de Imagens do Inconsciente¹⁹¹, que

¹⁹¹ Por não aceitar as formas de tratamentos psiquiátricos em uso na época, como o eletrochoque, a lobotomia, o coma insulínico, a psiquiatra Nise da Silveira criou em 1946, no Centro Psiquiátrico Nacional, Rio de Janeiro, a Seção de Terapêutica Ocupacional. Dentre as diferentes atividades, pintura e modelagem se destacaram como um meio de acesso ao mundo interno dos pacientes. A produção desses ateliês foi tão abundante que em 1952 nasceu o Museu de Imagens do Inconsciente. O Museu é um centro vivo de estudo e pesquisa sobre as imagens e tem caráter marcadamente interdisciplinar, o que permite troca constante entre experiência clínica, conhecimentos teóricos de psicologia e psiquiatria, antropologia cultural, história, arte, educação. O Museu não é uma instituição voltada para o passado: em seus ateliês os frequentadores criam diariamente novos documentos plásticos e compartilham suas experiências no convívio com funcionários, animais, estudantes, pesquisadores e visitantes. Este trabalho possibilitou o surgimento de artistas que logo foram reconhecidos no mundo das artes. Com isso seu acervo não cessa de crescer e se atualizar. Com um acervo de mais de 350 mil obras, o Museu tem

inaugurado em uma pequena sala em 1952 chegaria aos anos 90 a mais de trezentos mil documentos plásticos – telas, cartolinas, papéis e modelagens e que segundo Mario Pedrosa ele “é mais do que um museu, pois se prolonga interior adentro até dar num atelier onde artistas em potencial trabalham, criam, vivem e convivem” (SILVEIRA, 1992, p.18).

Entretanto, mesmo obtendo resultados relevantes, ela destaca que essas experiências transformadoras obtiveram pouca ressonância e que a onda obscurantista da psiquiatria de sua época, mergulhada nos “neurolépticos fabricados pelos laboratórios multinacionais e ministrados em doses crescentes” teria sufocado as atividades criadoras que caracterizavam seu setor, cujo fio condutor seria a reabilitação, “a recuperação do indivíduo para a comunidade, em nível até superior aquele em que se encontrava antes da experiência psicótica” (SILVEIRA, 1992, p.19).

Comprovada a importância dessas atividades criadoras, artísticas, tanto em sua forma terapêutica, quanto como forma de convívio social, é que após apresentar sua passagem sobre o Pedro II, no início dos anos 50 é que ela faz uma comparação com sua atuação, já em 1986, na Casa das Palmeiras.

Em meados dos anos 90 as estatísticas apontariam que havia uma média de 70% de reinternações nos hospitais psiquiátricos e esse número ainda podia ser bem maior, diz Nise, visto que o tratamento medicamentoso e de reclusão era considerado á época a principal forma de tratamento, pois, para ela, “há algo errado no conjunto do tratamento psiquiátrico” (SILVEIRA, 1992, p.19) que apresentaria números tão alarmantes.

Sua experiência nos mostra que tais substâncias diminuíram o tempo de internação, que era em torno de quinze e trinta dias, mas, que o número de reinternações não teria se modificado, o que teria criado um ciclo vicioso entre a “rápida permanência no hospital e a tentativa de vida em sociedade” (SILVEIRA, 1992, p.20), desconsiderando que a vivência da experiência psicótica teria um impacto profundo e violento e que a pessoa dificilmente estaria pronta para reassumir sua vida profissional e restabelecer sua vida familiar e social, ensina Silveira.

a maior e mais diferenciada coleção do gênero no mundo. As principais obras são tombadas pelo Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional (IPHAN). Guarda também a biblioteca e o arquivo pessoal de sua fundadora, Nise da Silveira e é detentor do Registro Latino-americano do Programa Memória do Mundo da UNESCO. Disponível em: <<http://www.museuimagensdoinconsciente.org.br/#historico>>. Acesso em: 02 Set.2017.

Daí decorreria a importância de uma instituição, para o amparo dos egressos dos hospitais psiquiátricos, o que hoje é representado pelos CAPS, visto que na época era crítica a situação dos ambulatorios dos hospitais federais que teriam consultas rápidas e com longos espaços de tempo, sem condições para investigar a problemática do doente e que raramente os pacientes seriam atendidos pelo mesmo médico, o que não permitiria um atendimento individualizado. Além disso, os psicotrópicos distribuídos em grandes quantidades acarretariam ainda grande risco para os egressos que, de posse de grandes quantidades de medicamentos, podem usá-los sem discriminação, inclusive ingerindo-os com bebidas alcoólicas.

Em seu relato ela soma ainda a ausência da família, o peso do rótulo de egresso na busca por emprego, a migração para os centros de tratamento, como o Rio de Janeiro, ou ainda a saída do campo para as periferias das grandes cidades, exposto à violência, à fome e ao isolamento, sua única saída seriam as “portas da loucura” (SILVEIRA, 1992:20), o reinternamento e o início de um novo ciclo.

Em 30 anos, entre 1956 e 1986, ela destaca que a experiência da Casa das Palmeiras comprova que é possível romper esse ciclo de reinternações em condições tão adversas, pois, ela representaria “um degrau intermediário entre a rotina hospitalar, desindividualizada, e a vida na família e na sociedade”, onde o principal método empregado seria “o exercício espontâneo de atividades diversas, geralmente chamada de terapêutica ocupacional” (SILVEIRA, 1992,p.21). Vejamos como ela mesma ressalta a importância dessas atividades, que se corretamente conduzidas tornam-se legítimos procedimentos terapêuticos (SILVEIRA, 1992, p.21):

Fazemos constante apelo às atividades que envolvam especialmente a função criadora mais ou menos adormecida dentro de todo indivíduo. A criatividade é o catalisador por excelência das aproximações de opostos. Por seu intermédio, sensações, emoções, pensamentos, são levados a reconhecer-se, a associar-se.

Para ela a Casa das Palmeiras constituiu-se livre de convênios, um pequeno território pobre, em que a equipe deve permanecer atenta ao desdobramento dos processos psíquicos que acontecem no mundo interno do “cliente” por meio de variadas modalidades de expressão, tanto verbal, quanto não verbal, bem como, nos atenta às pontes que elas lançam em direção ao mundo externo.

Convivendo com eles por muitas horas diariamente, sem distinção por meio de trajes como jalecos e identificações, seria uma casa de portas e janelas sempre abertas onde todos participam das atividades ocupacionais, em que os trabalhadores apenas os orientam quando necessário, com profundo respeito à pessoa de cada indivíduo, em suas palavras.

Com muitos nomes – laborterapia, praxiterapia, método hiperativo – ela nos conta que lá preferem utilizar a expressão “emoção de lidar” calcada por um de seus “clientes” (SILVEIRA, 1992, p.22), sugeriria a emoção provocada pela manipulação dos materiais de trabalho, o que seria uma das condições para a eficácia do tratamento, pois, atenta ao que transparece em suas faces, mãos e gestos, sua equipe deve conhecer os atendidos em profundidade, seja durante as atividades individuais ou em grupo, obtendo uma abordagem terapêutica mais segura.

Ela afirma que durante os trinta e seis anos de sua existência, a Casa das Palmeiras teria cumprido seu objetivo de cortar o ciclo vicioso de reinternações, pois, a maioria não teria mais retornado aos hospitais psiquiátricos desde que a frequentavam. Em 1992 quando Nise escreveu esse livro ela já preconizava a necessidade de instituições em regime de externato, que evitariam as onerosas e cruéis internações, cujo papel hoje seria o do próprio CAPS.

No entanto, com o novo modelo psicossocial vigente, representado pelo CAPS, segundo Guimarães (2013, p.363), “ênfatisa-se o uso racional do medicamento em associação a outras abordagens terapêuticas como consultas, oficinas terapêuticas, atividades socioterápicas, grupos operativos, psicoterapia e atividades comunitárias”, visando sua reabilitação psicossocial.

Para que essas vozes fossem ouvidas e se extinguísse esse antigo modelo de maus tratos e violência nos territórios da saúde mental foi, e continua sendo necessária, uma grande movimentação de forças sociais e políticas, nacionais e internacionais, para que práticas que violam esses direitos venham à luz do dia e se tornem temas de debate na esfera pública.

Além disso, é preciso considerar a importância da imprensa brasileira nesse processo, que durante décadas acompanha e constantemente denuncia as situações de maus tratos e de descumprimento das leis, fundamental nos estudos da história da loucura no Brasil, cujos alguns exemplos apresento ao longo desse trabalho, assim como, essencial foi o movimento de luta antimanicomial instaurado no país, com a participação de nomes reconhecidos aqui e no exterior, de instituições importantes ligadas à medicina e à psicologia, além, é claro, dos inúmeros trabalhadores, usuários e familiares desconhecidos que integraram essa batalha.

Como destaca o artigo “O movimento antimanicomial no Brasil”¹⁹² que relembra sua importância nesse processo de reformas do sistema psiquiátrico. Nele Lückmann e Rodrigues apresentam “um conjunto de características que conformam um conceito analítico acerca dos movimentos sociais”, cuja obra de Alberto Melucci¹⁹³, constituiria uma referência central, na medida em que busca atualizar e apreender o fenômeno dos movimentos sociais a partir de suas múltiplas configurações e para ele (MELUCCI. apud LUCHMANN, RODRIGUES, 2007, p.400):

[...] anunciam a mudança possível, não para um futuro distante, mas para o presente da nossa vida. Obrigam o poder a tornar-se visível e lhe dão, assim, forma e rosto. Falam uma língua que parece unicamente deles, mas dizem alguma coisa que os transcende e, deste modo, falam para todos.

Nesse sentido sua visibilidade ocorreria pelas mobilizações coletivas que trouxe à público, por meio de manifestações, protestos, encontros e eventos, a condensação e a socialização dos conflitos e as recriações de um mundo latente, pois, estas redes conformariam “um campo ético-político que buscaria o compartilhamento de relações interpessoais e de atributos culturais, capazes de influir nos padrões culturais e nas formas de organização político institucional”, ensinaria Doimo¹⁹⁴ (DOIMO. Apud. LUCHMANN, RODRIGUES, 2007, p.401), o que sintetizaria sua atuação ao longo das últimas décadas: buscando a inserção social dessas pessoas e de seus familiares junto à sociedade e atuando a favor da construção de uma legislação que garantisse plenamente seus direitos.

Considerando que isso se relaciona com a memória da loucura no Brasil, quanto às questões sociais, políticas e culturais que a envolvem, assim como, relacionando esses conceitos ao movimento, eles irão apontar ainda para ideia de que nele o que estaria em jogo seria uma espécie de reapropriação do sujeito, do sentido e da motivação humana, que segundo Luchmann e Rodrigues (2007, p.401) seria uma:

[...] capacidade de forjar sua própria identidade, capacidade historicamente amputada pelos processos de manipulação e controle dos aparatos de gestão dos sistemas complexos. Esse controle se dramatiza no que diz respeito aos códigos e sentidos dominantes acerca do louco e da loucura e de sua

¹⁹² LUCHMANN, Lígia Helena Hahn. RODRIGUES, Jefferson. *O movimento antimanicomial no Brasil*. Revista Ciência & Saúde Coletiva, 12(2):399-407, 2007.

¹⁹³ Cf. Melucci A. A invenção do presente: movimentos sociais nas sociedades complexas. Petrópolis: Vozes; 2001. Apud. LUCHMANN, RODRIGUES. 2007.

¹⁹⁴ Cf. Doimo AM. A vez e a voz do popular. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/ ANPOCS; 1995. Apud. LUCHMANN, RODRIGUES. 2007.

“administração” institucional. É neste campo que entra em cena o movimento da luta antimanicomial.

Sendo assim, grupos oriundos, sobretudo, de Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo tiveram um papel decisivo para que acontecesse no Brasil uma grande reforma do sistema psiquiátrico, a fim de extinguir o antigo modelo hospitalocêntrico. Para tanto, foi preciso empreender uma batalha, iniciada ainda em plena ditadura militar e segundo os autores do artigo “O Movimento da luta antimanicomial: trajetória, avanços e desafios¹⁹⁵” no período entre 1978 e 1987, vários eventos foram realizados com o objetivo de fortalecimento do MTSM – Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental - e também de lutar pela transformação do sistema psiquiátrico no país (AMARANTE. Apud. COSTA; BARBOSA; MORENO, 2012:42):

Em 1987, aconteceu a I Conferência Nacional de Saúde Mental. A esta conferência, que no início teve um caráter técnico, após a modificação do regulamento, foi dada a garantia de um caráter participativo. Também em 1987, ocorreu em Bauru o II Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores. Foi um momento de renovação teórica e política, marcado pela participação de associações na luta pela transformação das políticas e práticas psiquiátricas.

Segundo a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo¹⁹⁶ “o Estado possui uma tradição de vanguarda nas reformulações políticas em saúde mental” e desde a década de 70 iniciou uma série de discussões afim de promover profundas mudanças na área, que visavam a transformação do modelo hospitalocêntrico, de tratamentos baseados em longas internações em grandes hospitais e asilos psiquiátricos.

Outro impulso que contribuiu muito para a extinção dos antigos manicômios foram conquistas de organizações como a OMS, vinculada à ONU, por meio da realização de estudos aprofundados acerca da temática, com ampla difusão de seus resultados em conferências que reúnem representantes do mundo todo, para a elaboração e divulgação de

¹⁹⁵ BARBOSA, Guilherme. COSTA, Tatiana Garcia da. MORENO, Vânia. Movimento da luta antimanicomial: trajetória, avanços e Desafios. Cad. Bras. Saúde Mental, Rio de Janeiro, v. 4, n. 8, p. 45-50, jan./jun. 2012.

¹⁹⁶ Panorama da Saúde Mental no Estado de São Paulo: leitos psiquiátricos e assistência extra-hospitalar, pelos médicos psiquiatras Marcelo C. Zappitelli, Eliana C. Gonçalves e Ionira Mosca, integrante do Grupo de Saúde Mental da Coordenadoria de Planejamento de Saúde – SES/SP, 2005. P. 230. Disponível em: <www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-tecnicos/estudos-e-analises/panorama_da_saude_mental_no_estado_de_sao_paulo_leitos_psiquiaticos_e_assistencia_extra-hospitalar.pdf>. Acesso em: 04 Jul. 2017.

instrumentos de respeito aos direitos humanos, como a conhecida Declaração de Caracas¹⁹⁷ que, publicada em 1990 pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS), propunha uma “reestruturação da atenção psiquiátrica na América Latina” (JORGE e FRANÇA, 2001, p.4) por meio de uma nova política para os serviços de Saúde Mental¹⁹⁸.

Segundo o Ministério Público Federal¹⁹⁹ tratou-se de uma conferência, cuja influência desses órgãos internacionais se estendeu por toda a América Latina e Caribe, cujos debates apregoavam que: "A atenção psiquiátrica convencional não permite alcançar os objetivos compatíveis com uma atenção comunitária, descentralizada, participativa, integral, contínua e preventiva", bem como, “que a reestruturação da atenção psiquiátrica na região implicaria em uma revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação dos serviços”.

Citar aqui as conquistas de organizações como a OMS, a ONU, a OPAS, o Movimento dos Trabalhadores da Saúde mental, além de nomes como Basaglia e Silveira, nos relembra a importância das experiências de pensadores atuantes que viveram e lutaram contra a violência e a exclusão nos antigos manicômios, nos deixando um precioso legado na luta pelo respeito aos direitos humanos e que muito contribuíram para o pensamento dos trabalhadores anônimos da saúde mental que viviam ou vivem na pele os horrores desse sistema em suas realidades Brasil adentro e que, organizados, ainda lutam para modificá-la.

Fundamental também seria frisar o papel exercido nessa história por instituições como as Sociedades Brasileiras de Psiquiatria e de Psicologia, os Conselhos Regionais de Medicina, as associações de usuários e familiares, as organizações não governamentais, entre outras instituições que compartilham dessa luta pela cidadania junto às pessoas com transtornos mentais, sem contar a importância de grandes nomes da história da psiquiatria no Brasil como os corajosos doutores Juliano Moreira, que ainda no início do século XX queimava camisas de força em praça pública como ato de protesto, e Ulisses Pernambuco, que já pensava em tratamentos psiquiátricos que considerassem o indivíduo como um todo.

¹⁹⁷ A declaração na íntegra pode ser consultada pelo site do Ministério Público. Disponível em: <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude-mental/declaracao_caracas>. Acesso em: 02 Jul. 2017.

¹⁹⁸ JORGE, Miguel R. FRANÇA, Josimar. Associação Brasileira de Psiquiatria A Associação Brasileira de Psiquiatria e a Reforma da Assistência Psiquiátrica no Brasil. Revista Brasileira de Psiquiatria 2001;23(1):3-6

¹⁹⁹ Disponível em <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude-mental/declaracao_caracas>. Acesso em: 26 fev. 2017.

Por sua vez, em plena atividade o movimento de luta antimanicomial conta com atores e instituições, não só da medicina psiquiátrica e da saúde, mas, de diversas áreas de nossa sociedade como justiça, previdência e assistência social, cultura e educação, além é claro de usuários e seus familiares, e continua em plena atuação tanto na batalha pela extinção dos antigos hospitais psiquiátricos, quanto pela melhoria nos serviços prestados à população neste novo modelo de atenção à saúde mental, representado pelo CAPS e, anualmente, realiza ações como encontros, conferências, publicações e protestos, marcados no país pelo dia 18 de maio²⁰⁰ de cada ano, buscando compartilhar conhecimentos e incorporar essas melhorias em sua prática cotidiana, visto que seu lema é “por uma sociedade sem manicômios”.

O movimento de luta antimanicomial se caracterizaria por “diferentes categorias profissionais, associações de usuários e familiares, instituições acadêmicas, representações políticas e outros segmentos da sociedade que questionam o modelo clássico de assistência centrado em internações em hospitais psiquiátricos, denunciam as graves violações aos direitos das pessoas com transtornos mentais, propondo a reorganização do modelo de atenção em saúde mental no Brasil a partir de serviços abertos, comunitários e territorializados, buscando a garantia da cidadania de usuários e familiares, historicamente discriminados e excluídos da sociedade”, segundo o próprio Ministério da Saúde em sua página oficial.

Os CAPS

É a partir de princípios baseados em ideias como os Basaglia, pelo fim das longas internações, do isolamento, pelo convívio social e familiar, de combate à pobreza como combate à loucura; os de Silveira, pela arte como forma alternativa à um tratamento medicamentoso e de reclusão; de normas e orientações difundidas por instrumentos internacionais de defesa dos direitos humanos; das conquistas das associações e dos trabalhadores da saúde mental; das lutas políticas e de tantos outros personagens desta história

²⁰⁰ A data alude à realização do Encontro dos trabalhadores da saúde mental, em Bauru/SP e a I Conferência Nacional de Saúde Mental, em Brasília, no ano de 1987. Disponível em: <<http://www.blog.saude.gov.br/index.php/promocao-da-saude/52612-18-de-maio-dia-nacional-da-luta-antimanicomial>>. Acesso em 02 Set.2017.

é que, mesmo antes das diretrizes oficiais que norteiam os CAPS, começam a ruir os muros do antigo modelo asilar frente à humanização desse serviço.

É na vanguarda dessa humanização que em 1986 foi inaugurado, na cidade de São Paulo, o Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, que ficou conhecido como CAPS da Rua Itapeva. “Nesse contexto, os serviços de saúde mental surgem em vários municípios do país e vão se consolidando como dispositivos eficazes na diminuição de internações e na mudança do modelo assistencial” (BRASIL, 2004, p.12).

Nesse processo é importante destacar a implantação do SUS – Sistema Único de Saúde pelas Leis Federais 8.080/1990 e 8.142/1990, que teria como horizonte o Estado democrático e de cidadania plena como determinantes de uma “saúde como direito de todos e dever de Estado”, como previsto na Constituição Federal de 1988, versando que ele está alicerçado sobre (BRASIL, 2004, p.13):

[...] os princípios do acesso universal, público e gratuito às ações e serviços de saúde; integralidade das ações, cuidando do indivíduo como um todo e não como um amontoado de partes; equidade, como o dever de atender igualmente o direito de cada um, respeitando suas diferenças; descentralização dos recursos de saúde, garantindo cuidado de boa qualidade o mais próximo dos usuários que dele necessitam; controle social exercido pelos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde com representação dos usuários, trabalhadores, prestadores, organizações da sociedade civil e instituições formadoras.

É ainda no início dos anos 90 que o governo edita a Portaria Federal 224/92, submetendo os hospitais a normas de atendimento mais respeitoso, bem como, a Norma de Orientação Básica (NOB) 96 que prevê repasses de recursos federais para a municipalização do sistema psiquiátrico e que culminou com a publicação da Portaria 2.203, naquele mesmo ano que “redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituído, por conseguinte, instrumento imprescindível a viabilização da atenção integral a saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do Sistema”²⁰¹, bem como, a criação dos Hospitais-Dia²⁰², que fariam a mediação entre o ambulatório e a

²⁰¹ Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html>. Acesso em: 02 Set. 2017.

²⁰² A Portaria Nº 44, de 10 de Janeiro de 2001, do Ministério da Saúde, define “como Regime de Hospital Dia a assistência intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial, para realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, que requeiram a permanência do paciente na Unidade por um período máximo de 12 horas”.

internação, de lares abrigados, que permitem a formação de repúblicas de pacientes, as Residências Terapêuticas - RTs, e de oficinas terapêuticas.

No entanto, é apenas em 2001, com a publicação da Lei no 10.216, de 6 de abril, que se tratará da proteção e dos direitos das pessoas com transtornos mentais, e que se passa a redirecionar o modelo assistencial em saúde mental, destacando como responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde com a participação da sociedade e da família, segundo os termos da lei.

A partir disso as verbas destinadas aos CAPS são oriundas do governo federal que realiza repasses para os municípios, que devem realizar sua gestão e também investir nos serviços oferecidos em seu território, atuando em rede, com administração de instituições privadas como associações e organizações da sociedade civil, mediante processos públicos de licitação.

Observo aqui que tratar do financiamento às instituições que acolhem essas pessoas no país levantaria mais uma incontável quantidade de estudos a respeito, pois, em sua história muitas foram as mudanças nessa área, desde a construção do Hospício Dom Pedro II no Rio de Janeiro, em fins do século XIX, com recursos oriundos do Estado Monárquico e administração de instituições ligadas à igreja católica, até a implantação de serviços como os CAPS por meio do comprometimento das três esferas de governo – federal, estadual, municipal – cujos recursos são repassados para a administração de associações da sociedade civil, cuja fiscalização é de responsabilidade dos órgãos públicos e de toda sociedade.

Há então um grande salto no entendimento e na orientação das políticas públicas voltadas à saúde mental no país, pois, a lei prevê também que a internação, “só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes”, por meio de um tratamento que visa a reinserção social do paciente em seu meio, sendo “vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares” como diz a própria lei, o que contribuiu para a ampla expansão dos CAPS por todo o território nacional.

Reza ainda que, dentre seus muitos direitos, as pessoas com transtornos mentais devem ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, em ambiente terapêutico, pelos meios menos invasivos possíveis e, preferencialmente, ser tratada em serviços comunitários de saúde mental, como os CAPS.

Em substituição ao antigo modelo eles seriam os principais “pontos estratégicos na atenção à saúde mental”²⁰³ e devem ser constituídos por uma equipe multiprofissional²⁰⁴, composta por diferentes áreas, atuando sob uma ótica interdisciplinar, prestando atendimento aos seus usuários tanto em situações de crise, quanto em seus processos de reabilitação psicossocial²⁰⁵.

Entretanto, é somente no ano seguinte que se publicou a Portaria nº 336, de 2002, que regulamenta e amplia seu funcionamento, reconhecendo sua complexidade e tratando dos resultados esperados deles, que segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004, p.12) os CAPS têm:

[...] a missão de dar um atendimento diuturno às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias.

Regulamentados desde 2002, dizem Silva e Rosa²⁰⁶ (2014, p.254) constituem-se “como principal equipamento no processo de reforma psiquiátrica no Brasil e devem funcionar como porta de entrada aos serviços de saúde mental”, sendo um articulador junto às outras redes de atenção, como o Programa de Saúde da Família, Núcleos de Apoio à Saúde da Família, ambulatorios, Residências Terapêuticas, abertura de leitos em saúde mental/atenção psicossocial em hospitais gerais, entre outros, bem como, deve atuar junto aos familiares, as associações e comunidades, para que contribuam no cuidado e reinserção das pessoas com transtorno mental no convívio social.

Nesse sentido, anos mais tarde, instituiu-se a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS – por meio da lei 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que tem como finalidade a criação, a ampliação e a articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou

²⁰³ BRASIL. Op. cit. p. 9-12, nota 4.

²⁰⁴ De acordo com o tipo de CAPS as equipes são compostas de maneira diferenciada, em geral podem contar com médicos psiquiatras, enfermeiros, profissionais de nível superior como, psicólogo, terapeuta ocupacional, pedagogo, técnicos de enfermagem, administrativo, educacional e artesão. BRASIL. Op. cit. p. 9-12, nota 4.

²⁰⁵ Segundo o Ministério da Saúde (2015) as ações de reabilitação psicossocial “são aquelas que possibilitam o fortalecimento de usuários e familiares, mediante a criação e o desenvolvimento de iniciativas articuladas com os recursos do território nos campos do trabalho/economia solidária, habitação, educação, cultura, direitos humanos, que garantam o exercício de direitos de cidadania, visando à produção de novas possibilidades para projetos de vida.” BRASIL. Op. Cit. p.12, nota (12)

²⁰⁶ SILVA, Ellayne Karoline Bezerra da. ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. *Desinstitucionalização Psiquiátrica no Brasil: riscos de desresponsabilização do Estado?* Revista Katál, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 252-260, jul./dez. 2014.

transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), em que os CAPS estão inseridos.

Inspirada pelos princípios da Constituição e do SUS, as principais diretrizes para o funcionamento da RAPS²⁰⁷ seriam: “o respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas; a promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde; o combate a estigmas e aos preconceitos; a garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar; a atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; o desenvolvimento de atividades no território, que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania dos usuários” (BRASIL, 2011).

Além delas há também o desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos; a ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares; o desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de drogas.

Esses cuidados são orientados por meio da construção de um Projeto Terapêutico Singular - PTS²⁰⁸, instrumento que envolve a equipe, o usuário e sua família; que deve acompanhá-lo em “sua história, cultura, projetos e vida cotidiana”. Dentre suas estratégias de composição devem oferecer também atividades artísticas como “práticas expressivas, comunicativas e corporais”, além da articulação com a comunidade envolvida, os saberes e os recursos do território em que se encontra, ultrapassando o espaço do próprio serviço.

Atualmente, os Centros de Atenção Psicossocial, em suas diferentes modalidades, tornaram-se componentes fundamentais para a RAPS, “operando nos territórios das pessoas, das instituições e dos cenários em que se desenvolve a vida cotidiana”, destaca o Ministério da Saúde (BRASIL, 2015, p.12), como um lugar de referência e cuidado junto às suas comunidades.

Sendo assim, segundo o Ministério, “algumas das ações dos CAPS são realizadas em coletivo, em grupos, outras individuais, outras destinadas às famílias, outras são comunitárias

²⁰⁷ Essas diretrizes são determinadas pela portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

²⁰⁸ Os PTS são estabelecidos pela Portaria MS/SAS nº 854, de 22 de agosto de 2012. Op. Cit. p.14, nota (12)

e podem acontecer no espaço do CAPS” ou nos territórios onde estão inseridos e poderão compor, de diferentes formas, os Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), de acordo com as necessidades de usuários e de familiares, fundando-se nas seguintes estratégias (BRASIL, 2015, p. 10-13):

[...] acolhimento inicial; acolhimento diurno e/ou noturno; atendimento individual; atenção às situações de crise; atendimento em grupo; práticas corporais; práticas expressivas e comunicativas; atendimento para a família; atendimento domiciliar; ações de reabilitação psicossocial; promoção de contratualidade; acompanhamento de usuários em cenários da vida cotidiana; fortalecimento do protagonismo de usuários e de familiares; ações de articulação de redes intra e intersetoriais; matriciamento de equipes dos pontos de atenção da atenção básica, urgência e emergência, e dos serviços hospitalares de referência; ações de redução de danos; acompanhamento de serviço residencial terapêutico e apoio a serviço residencial de caráter transitório.

É também a partir da instituição da RAPS, em 2011, é que os CAPS passam a ser redesenhados, sendo instituídos em seis diferentes modalidades, de acordo com diferentes fatores: público alvo, faixa etária e população conforme os termos da Portaria que os institui, diferenciados também pelo “tamanho do equipamento, estrutura física, profissionais e diversidade nas atividades terapêuticas”, quanto pela “especificidade da demanda, isto é, para crianças e adolescentes, usuários de álcool e outras drogas ou para transtornos psicóticos e neuróticos graves” (BRASIL, 2015, p.22).

Relembrando que no Brasil as estatísticas do Ministério da Saúde estimam que cerca de 3% da população possua transtornos mentais severos, que outros 6% abusam ou são dependentes de substâncias psicoativas, além de que 12% dela possa desenvolver algum tipo de transtorno depressivo, ansioso ou alimentar, perfazendo um total de 21% dos brasileiros. O que nos revelaria, em dias atuais, uma substancial quantidade de pessoas, que somariam aproximadamente quarenta e três milhões de indivíduos, que necessitam ou vão necessitar de atenção em algum tipo de serviço de Saúde Mental e que deverão buscar os cuidados oferecidos pela Rede de Atenção Psicossocial – RAPS²⁰⁹, sendo que, desse total, mais de

²⁰⁹ Segundo o artigo 5º da Portaria Ministerial Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, a Rede de Atenção Psicossocial é constituída pelos seguintes componentes: I - atenção básica em saúde, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) Unidade Básica de Saúde; b) equipe de atenção básica para populações específicas: 1. Equipe de Consultório na Rua; 2. Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório; c) Centros de Convivência; II - atenção psicossocial especializada, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades; III - atenção de urgência e emergência, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) SAMU 192; b) Sala de Estabilização; c) UPA 24 horas; d) portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro; e) Unidades Básicas de Saúde, entre outros;

dezoito milhões devem receber o atendimento prestado pelos CAPS, serviço que integra essa rede.

Definidos como pontos de atenção psicossocial especializada, há mais de dois mil e duzentos deles espalhados pelo território nacional, subdivididos em seis distintas modalidades, com suas devidas equipes multidisciplinares mínimas²¹⁰, conforme tabela abaixo apresentada pelo próprio Ministério da Saúde (BRASIL, 2015, p.17-19):

a) CAPS I:	Atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias; indicado para municípios com população acima de 20.000 habitantes. Equipe mínima: 1 médico com formação em saúde mental; 1 enfermeiro; 3 profissionais de nível universitário*, 4 profissionais de nível médio**
b) CAPS II:	Atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local; indicado para municípios com população acima de 70.000 habitantes. Equipe mínima: 1 médico psiquiatra; 1 enfermeiro com formação em saúde mental; 4 profissionais de nível superior*, 6 profissionais de nível médio**
c) CAPS III:	Atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS Ad; indicado para municípios ou regiões com população acima de 200.000 habitantes. Equipe mínima: 2 médicos psiquiatras; 1 enfermeiro com formação em saúde mental, 5 profissionais de nível universitário*, 8 profissionais de nível médio**. Para o período de acolhimento noturno, a equipe deve ser composta por: 3 técnicos/auxiliares de Enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do

IV - atenção residencial de caráter transitório, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) Unidade de Recolhimento; b) Serviços de Atenção em Regime Residencial; V - atenção hospitalar, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) enfermaria especializada em Hospital Geral; b) serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas; VI - estratégias de desinstitucionalização, formada pelo seguinte ponto de atenção: a) Serviços Residenciais Terapêuticos; e VII - reabilitação psicossocial.

²¹⁰ * Profissionais de nível universitário entre as seguintes categorias: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, educador físico ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico. ** Profissionais de nível médio entre as seguintes categorias: técnico e/ou auxiliar de Enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão. *** Profissionais de nível universitário para o CAPSi entre as seguintes categorias: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico. BRASIL. Op. Cit. p. 17-19, nota 4.

	serviço, 1 profissional de nível médio da área de apoio. Para as 12 horas diurnas, nos sábados, domingos e feriados, a equipe deve ser composta por: 1 profissional de nível universitário*, 3 técnicos/auxiliares de Enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço, 1 profissional de nível médio da área de apoio.
d) CAPS AD:	<p>Atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para municípios ou regiões com população acima de 70.000 habitantes.</p> <p>Equipe mínima: 1 médico psiquiatra; 1 enfermeiro com formação em saúde mental; 1 médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas; 4 profissionais de nível universitário *, 6 profissionais de nível médio**.</p>
e) CAPS AD III:	<p>Atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo 12 leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para municípios ou regiões com população acima de 200.000 habitantes.</p> <p>Equipe mínima: 60 horas de profissional médico, entre psiquiatra e clínicos com formação e/ou experiência em saúde mental, sendo mínimo 1 psiquiatra; 1 enfermeiro com experiência e/ou formação na área de saúde mental; 5 profissionais de nível universitário*, 4 técnicos de Enfermagem; 4 profissionais de nível médio; 1 profissional de nível médio para a realização de atividades de natureza administrativa.</p> <p>Para os períodos de acolhimento noturno, a equipe mínima ficará acrescida dos seguintes profissionais: 1 profissional de saúde de nível universitário, preferencialmente enfermeiro; 2 técnicos de Enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço; e 1 profissional de nível fundamental ou médio para a realização de atividades de natureza administrativa. No período diurno aos sábados, domingos e feriados, a equipe mínima será composta da seguinte forma: 1 enfermeiro, 3 técnicos de Enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço, 1 profissional de nível fundamental ou médio para a realização de atividades de natureza administrativa.</p>
f) CAPS i:	<p>Atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de 150.000 habitantes.</p> <p>Equipe mínima: 1 médico psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental; 1 enfermeiro, 4 profissionais de nível superior***, 5 profissionais de nível médio**.</p>

O Ministério afirma também que as oficinas terapêuticas, incluindo aí as atividades artísticas, são a principal forma de tratamento oferecido pelos CAPS, que devem possuir mais de um tipo delas - atividades em grupo que podem ser definidas pelo interesse dos usuários, pela disponibilidade de recursos, pelas possibilidades dos técnicos e pelas necessidades do serviço (BRASIL, 2004, p.20):

De um modo geral, as oficinas terapêuticas podem ser oficinas expressivas: espaços de expressão plástica (pintura, argila, desenho etc.), expressão corporal (dança, ginástica e técnicas teatrais), expressão verbal (poesia, contos, leitura e redação de textos, de peças teatrais e de letras de música), expressão musical (atividades musicais), fotografia, teatro.

A mesma lei, citada acima, prevê também novos parâmetros de atendimento em que os CAPS devem oferecer aos usuários, além da acolhida em um ambiente terapêutico, “diversos tipos de atividades terapêuticas, por exemplo: psicoterapia individual ou em grupo, oficinas terapêuticas, atividades comunitárias, atividades artísticas, orientação e acompanhamento do uso de medicação, atendimento domiciliar e aos familiares”(BRASIL, 2004:17), além de oficinas chamadas de geradoras de renda.

Ela também define quem são os usuários desse serviço e, de acordo com a legislação, são aqueles indivíduos que recebem um diagnóstico médico psiquiátrico ou psicopatológico como pessoa que possui algum tipo de transtorno mental, terminologia bastante recente e que o senso comum ainda desconhece e acaba por designá-los apenas como “loucos”.

Desde a antiguidade clássica até a atualidade houve várias tentativas de se conceituar, definir e compreender esse estado, ora percebido como um estado da alma, ora um fator biológico, ora social. Estudos feitos pelas ciências humanas e médicas, por vezes divergem outras vezes convergem em suas conceituações, que variam muito de acordo com a época e a cultura de cada lugar, ressaltando.

Por sua vez, a Organização Mundial da Saúde, por meio do Código Internacional de Doenças, oferece uma longa lista desses transtornos, que vai do uso abusivo de álcool e drogas, aos transtornos alimentares, de ansiedade, de personalidade, dissociativos, do sono, de hábitos e impulsos, sexuais, ou somatoformes. Para o Ministério da Saúde os cidadãos que devem ser atendidos nos CAPS são aqueles que (BRASIL, 2004, p.15):

[...] apresentam intenso sofrimento psíquico, que lhes impossibilita de viver e realizar seus projetos de vida. São, preferencialmente, pessoas com

transtornos mentais severos e/ou persistentes, ou seja, pessoas com grave comprometimento psíquico, incluindo os transtornos relacionados às substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) e também crianças e adolescentes com transtornos mentais.

Há também de se salientar aqui a existência de um manual de orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS²¹¹, conforme estipula o próprio Ministério da Saúde, de acordo com normas da VISA – Vigilância Sanitária para seu credenciamento e funcionamento, administrados por associações ou organizações sociais responsáveis pela unidade e que elas devem seguir para a implantação desse serviço.

Dentre essas orientações que tratam dos CAPS como “lugares da atenção psicossocial nos territórios”, deve-se considerar que os espaços para o desenvolvimento das atividades nos Centros assumem fundamental relevância, pois, se trataria “de projetar serviços públicos de saúde, substitutivos ao modelo asilar, de referência nos territórios, comunitários, de livre acesso e local de trocas sociais” (BRASIL, 2015:15).

O Ministério defende também que nessa perspectiva, projetar o “espaço CAPS” e os espaços do CAPS deve considerar, em particular, a afirmação de um serviço de portas abertas, com disponibilidade e o desenvolvimento de acolhimento, cuidado, apoio e suporte; cujos espaços expressem o “cuidar em liberdade” e a afirmação do lugar social das pessoas que atravessam a experiência do sofrimento psíquico; a atenção contínua 24 horas compreendida na perspectiva de hospitalidade; a permeabilidade entre “espaço do serviço” e o território onde se encontra, produzindo serviços de referência neles.

A partir disso, os CAPS devem contar com no mínimo os seguintes ambientes: espaço de acolhimento, salas de atendimento individualizado, salas de atividades coletivas, espaço interno de convivência, sanitários públicos, adaptados para pessoas com necessidades especiais, posto de enfermagem, farmácia, sala de aplicação de medicamentos (sala de medicação), quarto coletivo com acomodações individuais (para acolhimento noturno com duas camas), com banheiro contíguo, quarto de plantão (sala de repouso profissional), com banheiro contíguo, banheiro com vestiário para funcionários, sala administrativa, sala de

²¹¹ Segundo o Ministério da Saúde “deve-se considerar que as estruturas físicas e os ambientes dos pontos de atenção constituem base operacional fundamental para a garantia da qualidade do cuidado e das relações usuários-equipes-territórios, o presente Manual visa contribuir para a expansão, a sustentabilidade e o fortalecimento da implementação das RAPS nos territórios locais no processo de consolidação da reforma psiquiátrica em curso no Sistema Único de Saúde (SUS), de acordo com os princípios da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001.” BRASIL. Op. Cit. p.6, nota 12.

reunião, almoxarifado, arquivo, refeitório, cozinha, sala de utilidades, área de serviços, depósito de material de limpeza (dml), rouparia, abrigo externo de resíduos comuns, área externa para embarque e desembarque, área externa de convivência e abrigo GLP, destinado ao botijão de gás.

Destaco aqui a normatização dos ambientes voltados às práticas expressivas, comunicativas e corporais nos CAPS, como a “sala de atividades coletivas” cujo espaço é destinado para atendimentos em grupos e para a realização de ações de reabilitação psicossocial e de fortalecimento do protagonismo de usuários e de familiares, bem como, a disposição dos móveis deve ser flexível e permitir a formação de rodas, mini grupos, fileiras, espaço livre e pode contar com equipamentos de projeção, TV, DVD, armário para recursos terapêuticos, pia para higienização das mãos e manipulação de materiais diversos.

Algumas salas poderão contar também com um espaço anexo que sirva de depósito e guarda de materiais. Assim como, o “espaço interno de convivência” cuja área deve ser destinada à encontros de usuários, familiares e profissionais do CAPS, de visitantes, profissionais ou pessoas das instituições do território, que promova a circulação de pessoas, a troca de experiências, bate-papos ou a realização de saraus e outros momentos culturais.

Como competência do Ministério da Saúde há ainda uma coordenação para fiscalizar os serviços prestados pelo SUS à população, que se estende às Secretarias de Saúde dos Estados e dos municípios, aos conselhos municipais de saúde e ao próprio Ministério Público, sendo dever de todas as esferas de governo acompanhar e garantir sua qualidade, sendo preciso salientar a recente preocupação em se levantar dados para uma avaliação dessa política, o que levou o Ministério da Saúde a instituir uma “Estratégia Nacional de Avaliação, Monitoramento, Supervisão e Apoio Técnico aos CAPS e outros serviços da rede pública de saúde mental” conforme a Portaria nº 678 de 2006.

Para ele é preciso considerar os avanços no acesso, a cobertura e a qualidade do atendimento em saúde mental alcançados após o início da vigência da Lei de 2001, que prevê um tratamento humanizado e respeitoso, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade. A portaria considera também a necessidade de uma permanente avaliação e aperfeiçoamento dos serviços de saúde oferecidos pelo SUS resolvendo que:

A Estratégia objeto deste artigo será desenvolvida por meio do estabelecimento de parceria entre o Ministério da Saúde e instituições de ensino, pesquisa e extensão, com o objetivo de formulação e execução de

projetos de pesquisa e produção e de conhecimento para avaliação e aperfeiçoamento dos CAPS e demais serviços da rede pública de saúde mental, focalizando desde a acessibilidade, a organização dos serviços, a gestão, a qualidade da atenção, a efetividade, a formação dos profissionais e a produção de qualidade de vida e cidadania dos usuários envolvidos.

Nesse sentido, um artigo dos pesquisadores²¹² da Fundação de Apoio à Pesquisa de São Paulo – FAPESP, diz que a problemática de se estabelecerem indicadores para essa avaliação vem sendo discutida e alguns métodos foram levantados, mas que acabaram por evidenciar o quão controversas podem ser as repercussões de iniciativas destinadas a constituir parâmetros para valorar o que vem sendo feito nessa área e para Furtado e Campos (2013, p.103):

[...] múltiplas vozes se levantaram para colocar em questão aspectos metodológicos ou até mesmo para questionar a legitimidade da proposta como um todo. A avaliação em saúde mental pode encontrar os mesmos obstáculos e questionamentos que iniciativas similares vêm encontrando no setor saúde em geral, acrescido de algumas peculiaridades. A tradição de indicadores em saúde mental é mais restrita quando comparada às outras áreas, como a atenção básica e a atenção hospitalar. Some-se a isso o caráter fortemente ético e político da reforma psiquiátrica e a consequente dificuldade em estabelecer consensos em torno de alguns parâmetros e indicadores mínimos dentre atores sociais inseridos em polos distintos.

Os autores buscam ressaltar a importância de um sistema avaliativo construído de modo participativo, baseado nos desafios em se desenvolver indicadores para uma avaliação dos resultados da política em saúde mental, pouco acostumada a isso.

Se muito recentes são as iniciativas de se realizarem avaliações desse serviço no Brasil, quanto mais recentes são os estudos relativos à presença e aos benefícios da arte nesses espaços e sua relação com os processos de reabilitação psicossocial dos seus usuários e familiares, em oposição à memória ligada ao antigo sistema psiquiátrico, como no imenso legado de Nise, por exemplo.

Mais uma vez história, ciências políticas e saúde se interligam e muitos dos elementos dessa investigação sobre quais são as atividades artísticas desenvolvidas pelos CAPS estudados e quais seriam os resultados esperados e já alcançados por elas, poderão ser notados durante a narrativa de minha memória pessoal como trabalhador da área, assim como, no trabalho de campo com observação participativa de uma dessas atividades, além da realização de entrevistas com trabalhadores, familiares e usuários dos CAPS.

²¹² FURTADO, Juarez Pereira; CAMPOS, Rosana Teresa. *A elaboração participativa de indicadores para a avaliação em saúde mental*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 29 (1):102-110, jan, 2013.

No entanto, a interpretação dessa realidade servirá apenas como um indicador para essa averiguação, visto que, seria necessário ouvir a todos os envolvidos no processo de pesquisa e suas memórias e experiências, que devem ser múltiplas e variar de acordo com a região, a comunidade, o equipamento, enfim, com o território em que se encontram, em um trabalho comparativo.

As múltiplas vozes de Nise, Basaglia, Pernambuco, Moreira, Cerqueira, de instituições nacionais e internacionais como a ONU e a OMS, de movimentos como o MTSM, do Museu de Imagens do Inconsciente, das associações brasileiras de psiquiatria e psicologia, da imprensa, das lutas cotidianas de familiares e usuários desse sistema, muito contribuíram para a implantação desse novo modelo de atenção e cuidados à saúde mental que ainda se estabelece no Brasil, cujos resultados ainda não foram devidamente apresentados, além disso, pouco se fala sobre a importância da arte nos processos de reabilitação psicossocial de seus usuários e familiares, como concebe a lei e como já criticava e fazia Nise da Silveira em relação aos egressos dos hospitais psiquiátricos que acolhia em sua Casa das Palmeiras, cujo cenário, mesmo mais de vinte anos depois, parece ainda apresentar ressonâncias desse passado recente.

Capítulo 5 –Eu vi, senti: a experiência no CAPS em Dourados – MS

*“O meu futuro eu penso que vi ficar mais bom”
Paulo Campos, Poizia: o livro dos sonhos*

Já de posse de uma metodologia que justifica a construção dessa narrativa de minhas memórias, o uso de recortes de jornais, fotografias e de outras evidências sobre o passado como convites e outros materiais gráficos, dos conceitos que envolvem a relação entre arte, saúde mental, direitos humanos e cidadania, além de um breve panorama sobre a História da Loucura, bem como, da origem e constituição dos CAPS, pode-se compor o cenário sobre o qual se desenrolou minha experiência como educador junto aos usuários desses Centros, na cidade de Dourados, interior do Mato Grosso do Sul, entre os anos de 2006 e 2008.

É neste contexto de mudanças e reformas que se dá meu primeiro contato como trabalhador da saúde mental, pois, se considerarmos que a lei que promulga o fim dos manicômios é do ano de 2001 e a implantação dos CAPS regulamentada apenas desde o ano de 2002, inicio minha trajetória de trabalho nesses Centros logo que eles foram oficialmente reconhecidos como pontos estratégicos da política pública para a saúde mental no Brasil.

Distante dos grandes centros onde ocorriam esses debates, vivendo em Dourados, cidade que possui hoje pouco mais de duzentos mil habitantes, no interior do país, com pouca participação nesse contexto, onde cursava o ensino superior e trabalhava como auxiliar administrativo, contratado por concurso, em uma escola da rede pública de ensino, o Colégio Presidente Vargas, sequer fazia ideia da história em que estava prestes a mergulhar.

Entre os anos de 2001 e 2005, paralelamente à graduação no curso de Letras na Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul – UEMS, participei de um projeto de formação em teatro, o que mudaria plenamente minha vida e direção profissional. Na Casa da Cultura dessa universidade, frequentei aulas de atuação, direção, preparação física, expressão corporal, figurino, cenografia, além da participação em montagens teatrais como a peça “Nada”, inspirada pela obra do poeta sul matogrossense Manoel de Barros²¹³, e La Guerra,

²¹³ Manoel de Barros é poeta sul matogrossense com reconhecimento nacional e internacional.

sobre a Guerra do Paraguai²¹⁴, que apresentamos em festivais e circuitos de espetáculos pelo Brasil afora e Mato Grosso do Sul adentro.

Nesse curso tive a oportunidade de ter contato com todas as etapas de criação de um espetáculo teatral e essa experiência foi tão marcante que me fez acreditar tanto em mim mesmo e em minhas capacidades e habilidades que, desde então, o teatro e os processos que o envolvem passaram a ser também parte de minha vida profissional. Além disso, no mesmo período participei do projeto Instrumenta Vocália, um coral que reunia acadêmicos e comunidade, na mesma Casa de Cultura. Com esses grupos viajei pelo Mato Grosso do Sul e pelo Brasil, em mostras e festivais de música e teatro.

Já graduado em Letras, no ano seguinte, em 2006 realizei um curso de pós-graduação em arte e educação, em nível de especialização, e tive ali minhas primeiras aulas sobre criação e processos de criatividade, por meio dos escritos de Fayga Ostrower, que me atraíram ainda mais para o mundo das artes, pois, descobriria em mim um imenso potencial interno que aliava, naquele momento, meu gosto pessoal à minha profissão – quando paixão, trabalho e prazer se confundem.

Desde então, como artista, publiquei livros de poesia; escrevi, atuei e dirigi grupos de teatro; fui parceiro em produções de espetáculos como figurinista, cenógrafo, assistente de direção; participei e organizei festivais de teatro e de arte; fotografei, ilustrei livros, capas de discos e projetos gráficos diversos para instituições e eventos; realizei exposições de arte e performances em múltiplas linguagens com minha poesia.

Ao mesmo tempo em que, como educador, ministrava aulas de literatura, produção de textos e arte, desde o ensino fundamental até a graduação, tanto para alunos de instituições públicas, quanto privadas e, além disso, atuei junto à inúmeros grupos considerados em situação de vulnerabilidade ou exclusão social. Enfim, a arte, e seus muitos aspectos, tornaram-se parte essencial de minha existência como ser humano, cidadão, intelectual e trabalhador. “Ela me envolveu e me transformou plenamente”.

Foi por meio do teatro que conheci o CAPS, pois, uma das pessoas com quem atuava tinha sido convidada para desenvolver um trabalho artístico em um desses Centros na cidade, mas que, por motivos profissionais, não poderia aceitar o convite e, considerando que eu possuía um certo “perfil” para este trabalho, indicou-me para a vaga.

²¹⁴Guerra entre o Paraguai e a Tríplice Aliança – Brasil, Argentina e Uruguai, em 1888.

Começaria então minha jornada e mergulho nessa história em que acompanhei o cotidiano dos CAPS, alegrei-me com nossas conquistas e sofri com as chegadas e partidas daqueles com quem convivia diariamente e partilhava do pão da arte e, assim, se foram anos trabalhando, acumulando saberes e estudando sobre o assunto e esta narrativa de minhas memórias busca uma síntese dessas experiências vividas, sobretudo, no que se relaciona à experiência da arte como respeito aos direitos humanos, à cidadania e ao cumprimento da legislação que os implementa.

Contratado por uma organização não governamental, com carteira de trabalho assinada, meu período de experiência contratual foi atuando com usuários de álcool e drogas e confesso que não foi positivo e após um mês de trabalho eu já queria desistir da função, pois, se apresentavam diante de mim inúmeras dificuldades: a condição dos usuários me afetava emocional e psicologicamente; havia poucos materiais e recursos disponíveis; o espaço era pequeno e ocupado por móveis, o público era flutuante e as atividades nunca tinham uma continuidade possível; muitas pessoas tinham sério comprometimento físico e mental; a instituição não tinha referências ou grupos anteriores e, além disso, seria uma primeira experiência daquelas pessoas e daquele CAPS com o teatro.

Às vezes, quando chegava ao trabalho às sete horas da manhã, muitos deles já estavam alcoolizados ou drogados, vindos de uma situação de moradia de rua, de abandono familiar, de perda de renda e emprego, o que a meu ver, não me proporcionavam um ambiente adequado para as tais atividades artísticas, mais especificamente, o teatro. Foi então que pedi à coordenação da equipe para atuar junto ao Centro que atendia a pessoas com transtornos mentais ou então abandonaria o cargo.

Como a Associação que me contratou era a mesma nos dois CAPS da cidade fui transferido e acolhido pelo serviço e quando cheguei ao CAPSII, que tratava de pacientes psiquiátricos, assim nominado, eu nada sabia sobre sua função e sobre quem ali frequentava e aos poucos, em doses homeopáticas, fui sendo introduzido ao lugar e àquela nova realidade pela equipe multiprofissional que me recebeu prontamente, me apoiando e me esclarecendo, dia a dia, sobre os muitos meandros de nosso trabalho – objetivos, missão e valores daquela instituição.

Muitas dessas orientações se davam nos encontros semanais com toda a equipe envolvida quando se discutia questões relativas aos projetos terapêuticos de cada usuário do Centro, bem como, se relatava sobre o desenvolvimento das atividades naquele período. Esse

compartilhamento de informações e experiências contribuiu muito para minha formação como trabalhador atuante na área e me ofereceram fundamentos preciosos para o desenvolvimento dos encontros com os usuários e familiares.

O Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II, que à época ficava situado à rua Edilberto Celestino de Oliveira, número 1712, no centro da cidade, funcionava em uma casa grande, com um amplo quintal, repleto de árvores e rodeada por varandas com algumas mesas grandes e cadeiras para todos. Tínhamos nosso espaço de convivência e ali desenvolvíamos diversas atividades artísticas, estimulando seu potencial criativo e de comunicação, incentivando formas de expressão dos sentimentos, das emoções e das ideias.

Naquele lugar e com aquelas pessoas encontrei uma grande motivação para continuar o trabalho, pois, passava aos poucos a conquistar a abertura necessária para criarmos ali um grupo teatral, pois, esse era um pedido de muitos usuários, me relatou a coordenação à época. Então, mediante essa disponibilidade de recursos e como expressão dos desejos dos frequentadores, mais próximo do serviço e das pessoas ligadas a ele, mergulhamos no fazer teatral, nos jogos lúdicos e dramáticos como práticas corporais que devem favorecer seu processo de reabilitação psicossocial, conforme estabelece a lei.

Sempre com apoio fundamental da equipe de trabalho, meses mais tarde, mais seguro, voltei a atuar com o CAPS I, para usuários de álcool e drogas e, desde então, minhas experiências com estas pessoas foram intensas e mereceriam um novo estudo, voltado somente à elas, cujas histórias de vida são diferentes, mais igualmente ou até mais dolorosas.

A equipe multidisciplinar apostava nas atividades artísticas, nos encontros semanais de acompanhamento das famílias, nos grupos de atenção e auto cuidado, nas aulas de artesanato e de culinária, nas visitas a teatros, museus e exposições, na apropriação dos espaços públicos com suas obras, em uma articulação social para inserí-los no mercado de trabalho, para que pudessem gerar renda e integrarem-se socialmente, visando diminuir cada vez mais a necessidade dos fortes medicamentos que deviam tomar.

Em uma grande mesa, na área externa da casa, em um dia de sol, cobríamos as mesas com jornais, pois, ali também era nosso refeitório, e trabalhávamos com materiais simples, escolares, que tínhamos disponíveis, tesoura, papel, cola, barbante, agulhas e linhas, o que era suficiente para construirmos mundos inteiros: pinturas, desenhos, objetos, figurinos, cenários, além é claro, de muito material reciclável. Pois, no teatro, com os poemas de Manoel de Barros aprendi que “o que é bom para o lixo é bom a poesia”, e me utilizo desses materiais

desde então, na maioria de minhas práticas e atividades artísticas. A imagem logo abaixo, mostra a alegria e a movimentação de um dia desses encontros e convívio em que partilhávamos horas de trabalho em contato com a arte, que compunham seus projetos terapêuticos singulares:

Figura 11 - Oficina de artes visuais no CAPS II, acervo pessoal

Tais atividades deviam fundamentar-se também no aprimoramento das habilidades de comunicação, como passos necessários para a busca de conhecimentos e o desenvolvimento de competências técnicas, cognitivas e emocionais que, articuladas, contribuiriam para sua reabilitação psicossocial, em suas variadas dimensões.

Sendo assim, no início do ano de 2006, desenvolveu-se uma primeira proposta de trabalho e que nominamos como “Oficina Construção: uma vivência lúdica no teatro”, envolvendo conhecimentos teóricos e práticos sobre o universo das artes cênicas. Em outros dias da semana nos encontrávamos para uma oficina de cenografia e outra de figurinos. Com a participação efetiva do grupo, foi fundada a “trupe sem juízo”, que contava com sete atores em seu elenco, homens e mulheres que trabalharam na criação e concepção do espetáculo “história-sem-pé-nem-cabeça”. Tratava-se de um grupo teatral cujo objetivo era favorecer a “percepção corporal, a auto imagem, a coordenação psicomotora, compreendidos como fundamentais ao processo de construção de autonomia, promoção e prevenção em saúde” (BRASIL, 2015, p. 11).

Abaixo, a figura 12 mostra o grupo em um abraço coletivo, fraterno, preparando-se para um dia de ensaios e apresentação.

Figura 12 - Apresentação teatral “trupe sem juízo”, acervo pessoal

O grupo se manteve durante toda minha trajetória no serviço, ao longo dos três anos, participantes entraram, outros saíram, mas, no período em que a trupe existia houve encontros semanais para ensaios do corpo, para a voz, criação das personagens, textos e cenas e, no mesmo período, eram criados e confeccionados os figurinos, os adereços e a cenografia das peças, quando outras atividades do Centro, como artesanato e marcenaria, somavam forças para essa empreitada, envolvendo a todos.

Com poucos materiais básicos disponíveis no serviço foi preciso contar com a doação de amigos e familiares, bem como, com a coleta de materiais recicláveis para a execução de nossas ideias. Costuramos, reciclamos, bordamos em plástico, latas, latinhas, latão, escrevemos a figurinagem, vestimos as personagens alegorizando o lixo, transformando-o em luxo, tudo era do velho para o novo, pois, não tínhamos recursos financeiros para adquirir materiais em lojas, obstáculo que superamos com criatividade e a participação de todos os frequentadores do Centro e da comunidade. Como na figura 13 logo abaixo, em que podemos ver alguns desses figurinos feitos pelas mãos de todo o elenco envolvido, contando também com a participação das oficinas de bordado e costura, feito de crochê, lacres de latas de refrigerante, garrafas PET, retalhos de tecidos e jornal.

Figura 13 - Apresentação teatral “trupe sem juízo”, acervo pessoal

No primeiro ano, como resultado final das oficinas foram realizadas duas apresentações teatrais, uma no SESC da cidade – durante uma feira anual de artesanato, em outubro de 2006, como destaca o jornal diário Diário MS, do dia 13 daquele mês, que trata da participação do CAPS naquele evento, o que demonstra a articulação do Centro com outras instituições de seu território, como demonstra a figura 14:

Figura 14 – Jornal Diário MS

Outra apresentação foi realizada em dezembro do mesmo ano, como confraternização de encerramento das atividades anuais, no Centro de Convivência do Idoso, em um bairro da cidade. Na figura 15 temos a preparação dos atores, quando um deles já sendo maquiado para entrar em cena, por um membro da comunidade que contribuía com o grupo e com o CAPS, pois, devíamos contar também com saberes e recursos do próprio território.

Figura 15 - maquiagem para entrar em cena, acervo pessoal

O trabalho continuou no ano seguinte e as apresentações teatrais saíram dos espaços fechados e se tornaram espetáculos de rua, e a “história sem pé nem cabeça” foi apresentada diversas vezes pelas praças da cidade de Dourados. Esse circuito de apresentações durou todo o ano e a imagem abaixo mostra um desses momentos de apresentação, realizada em 08 de novembro de 2007, em frente ao teatro municipal da cidade, que além de um exercício cênico, configurava-se como uma forma de apropriação dos espaços públicos, de convívio e inserção social, o que ficou registrado na figura 16:

Figura 16 - Apresentação teatral “trupe sem juízo”, acervo pessoal

Naquele ano, 2007, com desejo de ampliar ainda mais meu conhecimento a respeito da arte e também de obter melhores oportunidades profissionais matriculei-me, como aluno especial, em uma disciplina que tratava de assuntos relacionados às identidades e representações em um curso de Mestrado em História na Universidade Federal da Grande Dourados – UFGD²¹⁵, o que me despertou para os horizontes de uma pesquisa científica relacionada ao cotidiano das pessoas com quem trabalhava e convivia cotidianamente. Esse contato com autores da história acabaram por me influenciar profundamente e marcam essa pesquisa, cuja metodologia funda-se nesse campo.

Durante três anos convivi com grupos de usuários desse CAPS e, se a imprensa tem papel fundamental nas denúncias de maus tratos e desrespeitos aos seus direitos dessas pessoas, ela também muito contribui para registrar e divulgar as atividades realizadas pelos Centros junto à comunidade, lhes proporcionando inserção social e respeito, como ação que ultrapassa os portões do serviço e conta com recursos do território em que está inserido.

Lembro-me bem de como eles sentiam-se valorizados por figurar em um noticiário impresso, pois, isso lhes representava um gesto de reconhecimento público de suas ações e de seu potencial, o que acabava por favorecer e muito seus processos de reabilitação psicossocial, como mostra a figura 17, recorte do Jornal Folha de Dourados, de outubro de 2007, que traz também as impressões da jornalista Aliny Moraes, que reúne no título e subtítulo de sua matéria as expressões: saúde, teatro, CAPS, liberdade e alegria:

²¹⁵ Universidade Federal da Grande Dourados fica em Mato Grosso do Sul e possui cursos de graduação e pós-graduação em todas as áreas do conhecimento, inclusive em História.

De 01 a 07 de outubro de 2007

folha dois

folha de dourados

Trupe Sem Juízo busca saúde no Teatro

PACIENTES DA CAPS ENCONTRAM, NA ARTE CÊNICA, LIBERDADE E ALEGRIA

REDAÇÃO
Ailny Moraes

Um palco (ou mesmo a rua) é o divã usado pelo Centro de Atendimento Psicossocial da Prefeitura para o tratamento de pessoas com transtornos mentais, psicose, neuroses graves e outros quadros psiquiátricos. Além de psiquiatras e psicólogos, quem auxilia na terapia é o artista de rua Everton Oliveira, que criou a Trupe Sem Juízo,

"Muitos pacientes têm problema de memória"

composta por sete integrantes e que está inovando no tratamento mental, com resultados que surpreendem e encantam.

O grupo Sem Juízo é resultado da oficina terapêutica de teatro que desde 2006 é oferecida pelo Programa de Saúde Mental da Prefeitura de Dourados, executado pelo Centro de Atenção Psico-social, da Secretaria de Saúde. Composto por sete integrantes a Trupe Sem Juízo é coordenada por Everton Oliveira, ator de rua

que idealizou o projeto para pacientes bipolares onde a proposta é reabilitá-los através da arte, música e do movimento.

Segundo o coordenador do grupo, uma das propostas elaboradas para os integrantes da Trupe Sem Juízo foram as "histórias sem pé nem cabeça", o que não faz parte do teatro convencional. "Como muitos pacientes têm problemas de memória não trabalhamos com textos, nós saímos totalmente do teatro convencional

e passamos a fazer o teatro sensorial, onde a música, o visual a plasticidade são os maiores elementos", disse ele.

A interferência cênica da Trupe também conta com a parceria das outras oficinas oferecidas pelo CAPS, como a de artesanato. Todos os materiais construídos, figurino, cenário também são resultados dos trabalhos desenvolvidos com os pacientes. "A luta do CAPS é anti-manicômio, onde nós buscamos o tratamento através da arte, para que eles possam se ter a sua

socialização com o teatro que é um instrumento poderoso de re-integração e da sensibilização crítica e criativa", enfatizou Oliveira.

Para ele a recepção dos douradenses ainda não é "calorosa" em relação às apresentações realizadas nas ruas da cidade. No começo do mês de setembro a Trupe realizou sua quarta apresentação, duas delas aconteceram na praça Antônio João e uma no Centro de Convivência do Idoso. "A população douradense ainda não consegue ter um grande prestígio pelos artistas de rua, mas ela está se adaptando a essa cultura; às vezes as pessoas passam pela gente e perguntam 'oi você é louco' e eu acabo respondendo que sou sim, as apresentações nas ruas da cidade é algo incomum", relatou o coordenador da Trupe.

Há seis anos, o CAPS Psiquiátrico atende no município. Atualmente, mais de 700 pacientes estão cadastrados com diagnósticos de transtornos de ansiedade, bipolaridade, esquizofrenia e depressão. O CAPS também possui grupos de terapia como o SASH - de sono, alimentação, higiene e sexualidade, de Psicoterapia e Cidadania. Os usuários ainda recebem atendimento de assistência social, psicológico e psiquiátrico.

Trupe Sem Juízo reabilita pacientes do CAPS através da arte

Figura 17 – Jornal Folha de Dourados: trupe sem juízo busca saúde no teatro

Continuava o reconhecimento e a participação da imprensa local, que cobria os eventos realizados pelos CAPS, sempre os apresentando com ênfase, devido sua potência como notícia de interesse da comunidade, o que muito contribui para o rompimento com antigos estigmas e para o fortalecimento de sua autoestima, como aponta o Jornal O Progresso de 18 de julho de 2007, na figura 18.

Dia-a-Dia
Dourados, Mato Grosso do Sul, quarta-feira, 18 de julho de 2007
O PROGRESSO

Teatro ▼

Caps encena esquete na praça Antônio João

Hédio Fazan

DOURADOS – O Centro de Atendimento Psicossocial (Caps) promoveu ontem à tarde, na Praça Antônio João, uma encenação cênica com pessoas atendidas no programa de Saúde Mental da prefeitura de Dourados.

“Temos nos apresentado em espaços nos quais há uma grande concentração de público, para que eles possam quebrar o medo e perder a timidez”, explica o ator e diretor do grupo de teatro, Everton Roberto.

Ele enfatiza que o objetivo das aulas que são realizadas semanalmente no Caps é trabalhar nos pacientes a auto-estima para que eles sejam reincluídos na sociedade. Há um ano e meio à frente do grupo de teatro, Everton disse que a experiência tem ajudado ele a

Integrantes do Caps durante apresentação na praça ontem

exercitar o respeito e a superar as dificuldades.

Os figurinos da apresentação cênica foram reciclados em parceria com as oficina de artesanato que funciona no Caps. O Caps funciona na rua Edilberto Celestino de Oliveira, 1.712, no centro de Dourados, onde é oferecido atendimento médico psicossocial e ministrado oficinas de artesanato, teatro, artes e marcenaria, dentre outras atividades.

Figura 18 – Jornal O Progresso: CAPS encena esquete na Praça Antonio João

Seguindo o que já era estabelecido em lei, para os grupos com quem trabalhava diariamente naquele período deviam ser oferecidas também práticas expressivas e comunicativas, em seu PTS, composto por atividades artísticas como: círculos de leitura, encontros para escrita de contos e poesia, oficinas de desenho, pintura e modelagem, cujos objetivos eram de “possibilitar a ampliação do repertório comunicativo e expressivo dessas pessoas, estimulando seu processo criativo e promovendo a construção de novos lugares sociais” (BRASIL, 2015, p. 11).

Com o sucesso do grupo de teatro, refiro-me ao entusiasmo e à alegria dos participantes, minha atuação no Centro ampliou-se e passei a ficar mais dias por semana com as turmas, além do grupo de teatro, passei a ter também um grupo de literatura, visto que também sou graduado em Letras. Assim, no mesmo ano, iniciamos uma oficina de criação literária e minha experiência se aprofundou ainda mais, agora nos campos da literatura.

Fizemos estudos de teoria literária, leituras e discussões sobre os clássicos nacionais, confecção e análise de textos poéticos, sua relação com a música, a importância da imagem para a literatura, entre outros modos de estimular a reflexão sobre a arte da escrita. O poema abaixo demonstra um desses exercícios literários, que propunham a divisão do texto em estrofes e o uso de rimas, conferindo-lhe musicalidade, sonoridade e ritmo, o que foi muito bem desenvolvido pela autora Maria José:

*“o meu modo de viver como criança era bom e
fazia tudo como criança*

*ganhei muitos presentes, fazia arte brincava de
boneca e ligar com telefone de brinquedo*

*gostava de jogar bola de ir para escola e não tinha
medo*

*ser criança há! como eu brinquei peguei pássaros
e joguei peteca e brinquei de boneca*

*como foi rápido a minha infância o que não
faltava era brinquedo”*

(maria josé mary josey)

Desenvolvi com eles um curso de 40 horas com laboratórios semanais, às sextas-feiras das 13h às 15h, onde foram desenvolvidos os seguintes aspectos da literatura: jogos lúdicos e dramáticos, leitura de textos poéticos, história da literatura, técnicas de escrita, musicalidade na literatura, criação da imagem poética, entre outros, para a elaboração e construção de seus textos poéticos, crônicas e contos. Abaixo, na figura 19, temos uma imagem com todos os participantes dessa oficina, cujos poemas foram publicados em um livro que foi registrado por uma editora na Biblioteca Nacional, pois, eles ansiavam por uma publicação segundo seu paradigma mais tradicional.

Figura 19 - Grupo participante da oficina de criação literária e do livro Poizia, acervo pessoal

Desse período de experimentações, partilha de saberes e conhecimentos, resultou a obra “Poizia: o livro dos sonhos”, uma coletânea de poemas que conta com a participação de vinte e dois autores, frequentadores do Centro. A epígrafe no início desse capítulo, o poema acima de Maria José e o fragmento abaixo de Orival Candido Bettoni, foram alguns dos textos publicados nesse livro, cujo título foi concebido pelos próprios participantes.

Mais especialmente, um deles, que era já bastante idoso e sempre carregava no bolso da camisa uma quantidade de papéis dobrados e amarelados que ele rapidamente abria e passava a declamar sua poesia. Para ele publicar um livro representava um sonho de criança, no entanto, quando o livro foi entregue pela gráfica em caixas de papelão que recebemos com muita alegria, ele já havia falecido, mas, parte de sua memória e poesia ficou ali, registrada. Entre elas, o poema João Palhaço, de Bettoni, que ele gostava de repetir e cujo estilo literário lhe era bastante peculiar e da qual destaco um trecho em sua homenagem:

Amuitos anos traz na cidade onde eu morava era uma cidade pequena muito calma e socegada, o progresso vinha devagar, que não dava pra pensar o que poderia ter nos dias de hoje, Cadê; o circo, siacabou, E naquele tempo era uma grande diverçaõ, chegava um ia embora vinha outro sem demora, um grande outros pequeno mas com boas atração mas o circo do Zacaria, foi o que chamou atenção, não era um circo grande tinha trapézio elefante macaco onça leopardo e leão e também tinha Chiquita que tocava um violão...

Para celebrar a realização desse trabalho realizamos uma noite de lançamento da obra e uma exposição das pinturas de um dos usuários, que também participa do livro como poeta, contista e ilustrador, contando também com a realização de um sarau com convidados especiais, pois, por meio da Secretaria Municipal de Saúde conseguimos a edição de mil

exemplares do livro e a realização de um lançamento do trabalho no Teatro Municipal de Dourados, que na oportunidade esteve com todas as suas cadeiras ocupadas. A figura 20 apresenta a capa do livro que foi ilustrada pela pintura de Agnaldo Vasconcelos Moreira, publicado pela Editora Nicanor Coelho:

Figura 20 – Capa do livro Poizia

Isso nos relembra a necessidade de articulação entre os diversos setores da sociedade pois, além da própria comunidade do CAPS, estavam envolvidas a Secretaria Municipal de Saúde e de Cultura, que viabilizaram a impressão e o lançamento do trabalho, as Universidades Estadual e Federal de Mato Grosso do Sul, que levaram seus acadêmicos de cursos voltados à saúde para participarem, da presença de poetas e escritores douradenses como Emmanuel Marinho e, da imprensa local que deu ampla divulgação ao acontecido, como mostra a matéria “Pacientes lançam O Livro dos Sonhos” publicada no Jornal O Progresso, de 25 de outubro de 2007.

Figura 21 – Jornal O Progresso: pacientes lançam Poizia - O Livro dos Sonhos

Esse trabalho teve ampla divulgação junto à sociedade sul matogrossense e a comunidade ligada à saúde mental, que muito valorizou a iniciativa e contribuiu para dar visibilidade a ela, de modo positivo, às ações realizadas pelo CAPS da cidade.

Já no ano seguinte, em 2008, passamos à uma terceira atividade desenvolvida no Centro, uma oficina de artes visuais para construir objetos e instalações. Essa fase do trabalho teve início em fevereiro de 2008 e deu largada a uma nova etapa dessas atividades com a exposição “re.construindo mundos”, cujo título dá nome à essa dissertação. Esse trabalho acabou ganhando esse nome porque como não tínhamos materiais para realização de pinturas ou esculturas, decidimos construir objetos com matérias reutilizáveis e recicláveis, ou seja,

com aquilo que havia sido descartado pela sociedade de consumo, mas, que nos serviam como ponto de partida para nossas obras de arte.

Recolhemos tampinhas de garrafa, garrafas plásticas e de vidro, jornais e revistas, retalhos e sobras de tecidos de fábricas de roupas e, tudo aquilo que encontrávamos pelas ruas e caçambas de lixo espalhadas pela cidade.

Figura 22 – oficina de artes visuais no CAPS II – acervo pessoal

Como resultado realizamos uma mostra composta por objetos, instalações, pinturas e vídeos, com primeira apresentação no dia 27 de outubro de 2008, na UNIGRAN – Centro Universitário de Dourados, que todos os anos realiza uma grande mostra chamada UNIARTE. Nossa exposição ficou aberta à visitação entre os dias 28 e 31 de outubro daquele ano, com grande sucesso de público e crítica. Na figura 23 temos o convite confeccionado para a ocasião da exposição.

Figura 23 - convite para a exposição “re.construindo mundos”, acervo pessoal

Essas práticas também tinham o intuito de oportunizar o que a legislação chama de “ações de reabilitação psicossocial, voltadas ao fortalecimento de usuários e de familiares, mediante a criação e o desenvolvimento de iniciativas nos campos da educação e da cultura”, tais como visitas à museus e bibliotecas da cidade, além da realização de exposições de arte de seus trabalhos nesses espaços, lançamentos de livros e apresentações de espetáculos teatrais de rua, e que deveriam constituir-se como ações promotoras de “articulação com a educação, justiça, assistência social, direitos humanos, entre outros, assim como, articuladas com os recursos comunitários presentes no território”, como destaca o próprio Ministério da Saúde (BRASIL, 2015, p. 12).

Pelos caminhos incertos da vida, me transferi para o Estado de São Paulo junto com minha família no início do ano de 2009, mas, nunca abandonei a intenção de ingressar em um programa de pós-graduação que pudesse ampliar minha visão sobre o assunto e continuei minha jornada de trabalho, sempre envolvido pela arte.

É preciso considerar ainda que desde o fim da graduação, há doze anos, dedico-me a grupos de pessoas em situação de exclusão ou de vulnerabilidade, atuando ora como educador, ora como artista, ora como coordenador de projetos e nessa jornada convivi e tive experiências em arte e em educação com jovens de aldeias indígenas; com idosos de áreas periféricas de centros urbanos; com usuários de álcool e drogas; com travestis e transexuais; com jovens em conflito com a lei; com crianças e jovens das periferias das cidades onde vivia; com pessoas com síndrome de Down e com usuários dos sistemas de atenção pública e privada à saúde mental, que hoje me ajudam a respaldar minhas observações à respeito da importância da arte para esses grupos.

Nesses anos de trabalho pude observar que a arte e suas relações com os direitos humanos e com a cidadania mostrou-se como uma ferramenta preciosa de transformação do ambiente em que vivíamos. Uma dessas experiências foi realização de uma exposição dos educandos da Fundação CASA Botucatu, em que atuei durante alguns anos como agente educacional, desenvolvendo atividades artísticas como teatro, desenho, pintura, música e fotografia.

Lembro também que como parte dessa experiência de trabalho junto a usuários da saúde mental, atuei dois anos, entre 2012 e 2013, como educador na Associação Arte e Convívio, já na cidade de Botucatu, São Paulo. Esta Organização Não Governamental oferece atividades de arte, geração de renda e trabalho, oficinas terapêuticas e de socialização, além de prestar serviços em assistência social. Há mais de vinte anos no município ela é voltada para indivíduos oriundos do sistema psiquiátrico público, como os CAPS da cidade e o CAIS – Centro de Atenção Integral à Saúde Professor Cantídio de Moura Campos.

Figura 24 – oficina de estamparia na Associação Arte e Convívio, acervo pessoal

Nestes dois anos com o grupo desenvolvi atividades em uma oficina de estamparia para aproximadamente vinte pessoas, em um curso com duração semestral. Os tecidos estampados produzidos eram enviados para a oficina de costura que os transformava em bolsas, estojos, camisetas, capas de agendas e cadernos, cujo objetivo era oferecer, além de uma atividade artística, uma forma de convívio social para as pessoas envolvidas nesse processo.

A figura 24 acima apresenta um momento da oficina de estamparia em que os tecidos estão sendo pintados manualmente pelas participantes. Já a figura 25 abaixo mostra duas delas apresentando suas estampas e criações durante um desfile de fim de ano, realizado para divulgar o trabalho realizado pela instituição.

Ressalto que essas bolsas, camisetas e todos os objetos que eram elaborados a partir dos tecidos estampados nessas oficinas eram vendidos e a renda revertida para os próprios participantes, configurando-se tanto como uma atividade artística, uma forma de convívio, quanto uma forma de geração de renda.

Figura 25 – Desfile de bolsas e camisetas com os tecidos estampados

Já no ano de 2014, contratado pelo Museu de Arte Contemporânea Itajahy Martins – MAC Botucatu desenvolvi semanalmente uma vivência em poéticas visuais junto ao SAHAD – Serviço de Atenção Hospitalar para usuários de Álcool e Drogas, em uma parceria entre a Secretaria Municipal de Cultura e o Governo do Estado de São Paulo. Esta é outra das experiências marcantes que tive em minha vida profissional, visto as dificuldades enfrentadas para desenvolver determinadas propostas, que buscavam a reabilitação tanto psicossocial quanto física de pessoas que viviam, em sua maioria, em situação de moradia na rua.

Retomando a experiência no CAPS II, para pacientes psiquiátricos, em Dourados – MS, que é grande parte da motivação dessa pesquisa, observei que muitas dessas pessoas são oriundas de regiões periféricas dos centros urbanos, sem voz e sem representação, de famílias pobres e com pouca ou nenhuma informação, muitos foram à escola por pouco tempo e outros

tantos nunca concluíram sequer o ensino fundamental e sabem apenas assinar seus nomes e, quando muito, realizar pequenas leituras.

Na maioria dos casos, é pequena também a possibilidade de trabalhar, pois, poucas são as empresas ou instituições que os assumem em seus quadros de funcionários, por desconfiança, medo e, mesmo, preconceito e ao longo de todo esse tempo conheci poucas pessoas que tivessem tido oportunidades de trabalho ou que conseguissem manter seus empregos e renda e os via sendo, gradualmente, arrastados para a pobreza por conta de sua condição de saúde.

Entendi também que o diagnóstico, quando com algum tipo de transtorno mental, custa-lhes ainda parte de suas vidas para chegar, pois, atendidos em redes públicas de saúde nos interiores do Brasil enfrentam uma demora sem precedentes até que as equipes de avaliação médica concluam qual o diagnóstico e o melhor tipo de tratamento aquele indivíduo deve seguir e, ainda, se devem recorrer ou não à sua internação, enquanto muitos deles vagam pelas ruas.

Pude observar ainda que o tratamento medicamentoso é uma prioridade nesses serviços, pois, o Estado oferece gratuitamente em suas farmácias medicamentos de alto custo, receitados por médicos psiquiatras do serviço, cujo valor impediria o acesso daqueles que não poderiam pagar por eles se fossem comprá-los, o que me remete às discussões sobre a medicalização da vida, o uso abusivo de medicamentos como forma de tratamento, ligando-se às questões capitalistas e o lugar da indústria farmacêutica neste contexto.

Outro aspecto importante que vivenciei é que a estrutura familiar é fundamental no processo de reabilitação social da pessoa e que isso lhes oportuniza melhorias significativas em sua qualidade de vida, possibilidade de estudos, articulação social e maneiras de possuir renda. Quando não, passam parte de seu tempo perambulando pela cidade ou terminam em situação de moradia de rua, de mendicância, abandonados pelos familiares, pela sociedade e também pelo Estado.

O abandono familiar, a falta de emprego, de estudos e a pouca instrução são ainda agravados pelo fato que, mesmo depois de diagnosticados pelo próprio sistema público de saúde, eles ainda deverão passar por comissões médicas que avaliarão seu estado mental e se ele é apto ou não para trabalhar, dificultando muito a obtenção de benefícios sociais como o

Benefício da Prestação Continuada (BPC) da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS)²¹⁶ que “é a garantia de um salário mínimo mensal ao idoso acima de 65 anos ou à pessoa com deficiência de qualquer idade com impedimentos de natureza física, mental, intelectual ou sensorial de longo prazo (que produza efeitos pelo prazo mínimo de 2 anos), que o impossibilite de participar de forma plena e efetiva na sociedade, em igualdade de condições com as demais pessoas”, informa a própria Previdência Social²¹⁷.

Essa avaliação demora a acontecer e é sempre contestada pela Previdência Social que leva anos, até décadas, para lhes conceder os benefícios que teriam direito, visto a comprovação de sua condição de saúde e o que ela lhes causa, negando-lhes o que poderia garantir-lhes seu sustento, e às vezes, o sustento da família toda, o que ainda os pode levar para situações de trabalho escravo, para atividades degradantes, para a criminalidade e para as prisões.

Estas são algumas de minhas constatações baseadas na interpretação da realidade observada durante o período de convívio com essas pessoas com quem trabalhava todos os dias e que muito podem revelar sobre o passado, tornando-se fundamental na compreensão dessa pesquisa e contam um pouco sobre essa história e sobre as atividades oferecidas por aquele Centro, em conformidade com a legislação que os reconhece, cujas observações são amplamente respaldadas por uma literatura científica e que considero uma experiência positiva no que se refere ao cumprimento da lei e de suas premissas fundamentais, bem como, entre a relação arte e saúde mental, direitos humanos e cidadania.

²¹⁶ Lei Orgânica da Assistência Social, LEI Nº 8.742, DE 7 DE DEZEMBRO DE 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8742compilado.htm>. Acesso em: 03 Jul.2017.

²¹⁷ Informação extraída do site da Previdência Social. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/servicos-ao-cidadao/todos-os-servicos/beneficio-assistencial-bpc-loas/>>. Acesso em: 03 Jul.2017.

Capítulo 6. O cenário do trabalho de campo

“As situações de violação de direitos ocorridas no interior dos hospitais psiquiátricos da região de Sorocaba, apesar de serem de difícil investigação, foram ocasionalmente objeto de denúncias e de divulgação pela mídia nos últimos anos”

Marcos Roberto Vieira Garcia

Para compreender os caminhos encontrados para a realização do trabalho de campo em Sorocaba – SP, composto de entrevistas temáticas e da observação participante das atividades de um dos CAPS da cidade é preciso recuperar brevemente seu longo histórico de violação dos direitos humanos, que caracteriza muitas das relações estabelecidas entre essa história e a realidade observada, sendo ela palco nacional dos debates sobre a desinstitucionalização psiquiátrica, considerada um dos maiores polos manicomial do país.

Na região, cuja história é recuperada pelo professor Marcos Roberto Vieira Garcia²¹⁸, autor da epígrafe acima, em 1895 teria sido instalada na cidade a primeira colônia agrícola para alienados enquanto se aguardava a construção do Hospital do Juquery, para onde foram trazidos oitenta pacientes, aqueles que mais tarde foram depois transferidos para lá, como relatei aqui.

Já no início do século XX, em 1915, foi inaugurado o Manicômio Dr. Luiz Vergueiro, destaca Garcia (2012, p.108) que extinto em 1998, foi rebatizado como Jardim das Acácias. Neste período o Hospital foi apontado diversas vezes pelos maus tratos infligidos aos internos do manicômio, ora por seu caráter de depósito, que também servia de delegacia e prisão, pelas condições desumanas e pela superlotação, além do número de óbitos que ali ocorreram, muito superior à média nacional e pelas mais variadas causas, muitas vezes, suspeitas, e que envolvem frio e fome, suicídios, afogamentos, desaparecimentos e até corpos encontrados em decomposição.

²¹⁸ GARCIA, Marcos Roberto Vieira Garcia. “A Mortalidade nos Manicômios da Região de Sorocaba e a Possibilidade da Investigação de Violações de Direitos Humanos no Campo da Saúde Mental por Meio do Acesso aos Bancos de Dados Públicos”. Revista Psicologia Política. VOL. 12. nº 23. p. 105-120. JAN. – ABR. 2012.

Segundo ele é preciso considerar também a constituição de um “polo manicomial que se estabeleceu ali, por motivos econômicos”, pois, a partir dos anos 60 e 70, “o sistema teria se expandido vertiginosamente e na região teriam sido credenciados junto ao INPS - Instituto Nacional de Previdência Social uma grande quantidade de leitos privados” e, somente na cidade, e em um raio de 60 km dela, teriam se estabelecido dez hospitais psiquiátricos à época, nas cidades de São Roque, Itapetininga, Salto de Pirapora e Piedade, que chegaram a alcançar quase três mil leitos, o que “favoreceu durante décadas as longas internações e a superlotação desses antigos manicômios” (GARCIA, 2012, p.108).

O professor, que também é coordenador do FLAMAS²¹⁹ – Fórum da Luta Antimanicomial de Sorocaba, publicou um estudo, baseado em dados oficiais, que demonstra que a região possuiria 2,3 leitos para cada 1.000 mil de habitantes e que esse número é pelo menos cinco vezes superior ao preconizado pela legislação vigente, que determina um número máximo de 0,45 leitos psiquiátricos por 1.000 habitantes, conforme a Portaria MS nº 1101 de 2002.

Além disso, seria a partir de 2011 que a fiscalização in loco por diversas entidades revelariam inúmeras irregularidades, conforme destaca o professor (GARCIA, 2012, p.107) como no caso do Manicômio Mental de Sorocaba que em abril daquele ano foi visitado por:

[...] representantes da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, do Conselho Estadual de Defesa dos Direitos da Pessoa Humana (CONDEPE/SP), da Comissão de Direitos Humanos da Subseção de Sorocaba da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), do Núcleo Especializado de Cidadania e Direitos Humanos da Defensoria Pública do Estado de São Paulo, do Conselho Federal de Psicologia (CFP) e do Conselho Regional de Psicologia de 6ª Região (CRP-SP).

Em seu relatório (GARCIA, 2012, p.107) as entidades mostram que ali acontecia a violação de vários direitos dos internos, cuja situação degradante os levou a pedirem o fechamento do manicômio, visto que, dentre eles, lhes era furtado:

[...] o direito à identidade e ao nome, à liberdade, ao lazer, a não receber tratamento degradante, a não ser internado em instituição com características asilares, ao melhor tratamento do sistema de saúde, a ser tratado em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis, à assistência integral e multidisciplinar, a ser tratado preferencialmente em serviços

²¹⁹ FLAMAS é um movimento que congrega professores de diferentes Universidades da região e profissionais de diversas especialidades que atuam em serviços de saúde, assistência social e jurídica do município de Sorocaba.

comunitários de saúde, à inserção social e comunitária, à alta planejada e à reabilitação psicossocial assistida.

Gradativamente todos esses hospitais foram fechados, à medida que foram fiscalizados, denunciados, descredenciados pelo SUS e seus pacientes passaram a ser desinstitucionalizados e transferidos para residências terapêuticas, ao mesmo que se ampliava e se fortalecia a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS e se acirrava a fiscalização pelos órgãos públicos.

Como um último e não menos triste exemplo dessas violações está o Hospital Psiquiátrico Vera Cruz, alvo de denúncias mais recentes, pois, em 2012, conforme destaca a Secretaria de Saúde de São Paulo²²⁰, houve no município de Sorocaba uma intervenção do Ministério Público do Estado de São Paulo que formalizou com a União, Estado e municípios um Termo de Ajustamento de Conduta - TAC²²¹, visando garantir o efetivo funcionamento da lei e da política, de fortalecer e consolidar a rede de proteção à essas pessoas, lhes garantindo um tratamento mais humanizado e eficaz, buscando enfrentar problemas no atendimento prestado pelos sete hospitais psiquiátricos da região, que durante a realização de um estudo, que visava a formatação de um censo da situação no Estado, teve cinco deles fechados, visto as condições sub humanas dos pacientes ali encontrados.

O censo afirmou ainda sobre a necessidade do TAC como um recurso que “mostra-se, por vezes, necessário porque, infelizmente, em direção oposta à criação do aparato de proteção da população que habita os hospitais psiquiátricos, ainda hoje são notórias as denúncias de situações desumanas e torturantes às quais essa população está submetida” (FUNDAP, 2015, p.14), como denota a imagem abaixo, registrando também que somente uma parcela daquela população pôde ser transferida para os chamados Serviços Terapêuticos Residenciais - SRT²²² – e que os demais acabaram enviados para outro Hospital Psiquiátrico da região.

²²⁰ SÃO PAULO. Op. Cit. p. 123, nota (23)

²²¹ Trata-se do primeiro TAC tripartite da área de saúde mental, envolvendo as três esferas do governo. O TAC foi assinado após denúncias de atendimento precário em hospitais psiquiátricos de Sorocaba e região. SÃO PAULO. Op. cit. p. 14, nota 23.

²²² É um ponto de atenção que compõem as estratégias de desinstitucionalização do Ministério da Saúde conforme o Artigo 5, parágrafo VI, da Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.

Figura 26 - Homem nu em cama do Hospital Psiquiátrico Vera Cruz. Foto de Foguinho.²²³

O Termo estabelecia que em até três anos todos os pacientes atendidos por esses hospitais fossem transferidos para a RAPS, o que ainda não aconteceu, recomendando também a realização de um novo censo para atualizar as informações sobre os moradores dos hospitais psiquiátricos do Estado, o que teria mobilizado a Secretaria Estadual de Saúde, a realizar um estudo aprofundado da situação.

No entanto, nesse percurso, no ano seguinte, 2013, o Vera Cruz fora novamente denunciado a uma equipe de televisão que iniciou uma reportagem investigativa realizada pelo programa Conexão Repórter, apresentado por Roberto Cabrini²²⁴ e exibido em 24 de janeiro daquele ano, pelo Sistema Brasileiro de Televisão – SBT, chamada de “A Casa dos Esquecidos”²²⁵.

Durante duas semanas um produtor do programa, disfarçado como funcionário do Hospital, filmou a realidade dos internos do lugar. Algum tempo depois o próprio apresentador visitou o Hospital e conversou com pacientes, trabalhadores e gestores da instituição, caracterizada pela barbárie e abuso contra os internos, pelo descaso do poder

²²³ Sobre o título “Condições de Pacientes no Hospital Vera Cruz continuam precárias” o Sindicato dos Metalúrgicos de Sorocaba – Smetal, publicou em sua página oficial na internet a reportagem com fotos de Foguinho, em 07 de novembro de 2013. Disponível em: <<http://www.smetal.org.br/noticias/condicoes-de-pacientes-no-hospital-vera-cruz-continuam-precarias/20131106-182722-K324>>. Acesso em: 18 Fev. 2017.

²²⁴ Francisco Roberto Cabrini nasceu em Piracicaba em 3 de outubro de 1960, é um jornalista de televisão brasileiro. Foi correspondente internacional da Rede Globo em Londres e Nova Iorque. Ganhou os principais prêmios nacionais como repórter investigativo (Esso, Comuniquese, APCA, Líbero Badaró, Imprensa, Tim Lopes, MPT, República e Vladimir Herzog) e cobriu seis guerras. Atualmente, é apresentador e editor-chefe do programa Conexão Repórter, no SBT. Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Roberto_Cabrini>. Acesso em: 14 Fev. 2017.

²²⁵ A casa dos Esquecidos, colorido, 40 minutos e 08 segundos, 2013. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=UZBMAKNxua0>>. Acesso em: 06 Fev. 2017.

público, pela reclusão atrás das grades, pelas terríveis condições de higiene, pela morte por frio e fome.

Em nada as imagens exibidas se diferenciam do que Esquirol, ainda no início do século XIX, apontava sobre os manicômios europeus ou do que é relatado por pacientes e trabalhadores do Colônia de Barbacena por Arbex, das fotografias de Luiz Alfredo nos anos 60, das reportagens de Firmino, ou do filme de Ratton nos anos 70, das imagens de Edinger nos anos 90, ou de outros tantos exemplos que, ao longo das últimas décadas, ganharam a imprensa nacional e ilustraram muitas destas páginas.

Há ainda cenas chocantes de encarceramento, de falta de higienização que agride a quem vive lá e à seus visitantes, sem contar as constantes fugas que ocorrem do lugar, a urina que banha os corredores, pessoas completamente nuas, outras se alimentando de fezes, grupos nus amontoados sobre camas sem colchão.

Figura 27 - Internos do Hospital Vera Cruz vivem encarcerados como mostra o Programa Conexão Repórter

Além disso, há o constrangimento de seus trabalhadores que, ao serem interpelados pelas condições em que vivem aquelas pessoas, permanecem calados diante dos questionamentos do apresentador, alegando não poderem falar sobre o assunto, sob a pena de perderem seus empregos, único meio de sustento de suas famílias.

De lá para cá, no entanto, pouco foi feito e, em 2017, o debate sobre o fim do Hospital Vera Cruz chama mais uma vez a atenção de todos para Sorocaba, pois, no dia 29/01/2017,

foi publicada uma matéria pelo Jornal Cruzeiro do Sul²²⁶ de Wilson Gonçalves Junior que destaca que “médicos e funcionários do Hospital Vera Cruz, do CAPS Arte do Encontro e residências terapêuticas, que são administradas pela Associação Paulista de Gestão Pública (APGP), entidade que presta serviço para a Prefeitura de Sorocaba”, denunciaram a precariedade do atendimento aos pacientes da saúde mental do município.

Eles ressaltam que há uma grande defasagem no número de psiquiatras e de outros profissionais na área da saúde, carência de uma alimentação adequada para os pacientes e a ausência de medicamentos de uso contínuo na rede pública de saúde, além de que faltam, até mesmo, veículos para encaminhar os pacientes para atendimento de outras especialidades médicas dentro do próprio município.

Os médicos, atuantes na saúde mental, informaram ao repórter do jornal que o Hospital Vera Cruz, gerido pela APGP, não cumpriria a portaria do Ministério da Saúde, tão pouco as diretrizes do Conselho Federal de Medicina, como no excerto seguinte:

De acordo com eles, o número de funcionários é insuficiente, não existe no local um serviço de nutrição e falta também roupa de cama para os pacientes. Um dos psiquiatras ouvidos afirmou que muitos pacientes, em virtude de problemas de saúde, como por exemplo, a diabetes, teriam que ter uma alimentação diferenciada. "A alimentação é inadequada, deveria existir a nutricionista".

Confirmando o que diz a Organização Mundial da Saúde em relação à falta de atendimento especializado em saúde mental nos países mais pobres, outro psiquiatra afirma que há poucos profissionais da área tanto para o atendimento dos internos do Vera Cruz, quanto do CAPS Arte do Encontro, que atende os pacientes com casos mais graves e que funcionaria como uma unidade de retaguarda do Hospital, como revela uma das fontes ao repórter:

[...] o número de psiquiatras é insuficiente para atender à demanda, que atualmente seria de aproximadamente hum mil e duzentos pacientes ativos. Muitas vezes, o paciente somente pega a receita e vai embora, já que só tem um psiquiatra.

Esse ponto necessita ser destacado, pois, a fonte do jornalista do Cruzeiro do Sul nos revela que o CAPS citado acima, que deveria ser estratégico no processo de reabilitação

²²⁶ GONÇALVES, Wilson. *Condições do Hospital Vera Cruz são precárias, dizem funcionários*. Jornal Cruzeiro do Sul. 29/01/2017. Disponível em: <<http://www.jornalcruzeiro.com.br/materia/761201/condicoes-do-hospital-vera-cruz-sao-precarias-dizem-funcionarios>>. Acesso em: 16 Fev. 2017.

psicossocial, oferecendo, além da medicação, atividades e práticas diversas que contribuam nesse processo, não cumpriria sua tarefa como prega a legislação, levando-nos a entender que há poucas atividades sendo ali realizadas, apresentando um quadro parecido ao que Nise da Silveira já havia apresentado.

Rebatendo as denúncias feitas ao Cruzeiro do Sul, em nota ao Jornal, a nova coordenação de Saúde Mental de Sorocaba, no governo do prefeito José Crespo (DEM), na ocasião afirmou que “não vai desospitalizar 100% dos pacientes que hoje estão internados no Hospital Vera Cruz”, pois, conforme argumenta a atual gestão, ainda não foi avaliada a individualidade de cada paciente e a existência de quadros mais “complexos e graves” em que a internação é necessária.

Nessa nota ela frisaria também que a “lei 10.216/2001 não proíbe internações psiquiátricas e” segundo a Prefeitura do município, “a legislação garante o direito de quem delas necessita”, estabelecendo como esses hospitais devem ser, bem como, tem avaliado a situação dos serviços para que sejam tomadas as devidas providências.

Na publicação podemos encontrar também a afirmação da Prefeitura de Sorocaba que em breve se reunirá com a APGP para discutir o caso e, que, o Ministério Público Federal (MPF) e o Ministério Público do Estado de São Paulo (MP/SP), órgãos responsáveis pelo TAC, já mencionado aqui, participariam das articulações e intermediações com os municípios da região para encontrar soluções possíveis para o problema.

Por sua vez, o coordenador do Grupo de Pesquisa “Saúde Mental e Sociedade” (CNPq/UFSCar) e professor do Departamento de Ciências Humanas e Educação da UFSCar - campus Sorocaba, Marcos Roberto Vieira Garcia, em um artigo intitulado “Os riscos de retrocesso na reforma psiquiátrica em Sorocaba na nova gestão”²²⁷, veiculado pelo mesmo jornal no dia 06/02/2017, afirma que a fala da nova coordenação de saúde mental do município, que se posiciona contrária ao fechamento da instituição, lhe causou “profunda estranheza”, pois, vai em desacordo com o que determina a recente Portaria nº 1.727 do Ministério da Saúde, de 24/11/2016²²⁸, ao avaliar o resultado final do Programa Nacional de

²²⁷ GARCIA, Marcos Roberto Vieira. *Os riscos de retrocesso na reforma psiquiátrica em Sorocaba na nova gestão*. Cruzeiro do Sul em 06/02/2017. Disponível em: <<http://www.jornalcruzeiro.com.br/materia/763081/os-riscos-de-retrocesso-na-reforma-psiquiatica-em-sorocaba-na-nova-gestao>>. Acesso em: 17 Fev. 2017.

²²⁸ A Portaria nº 1.727 do Ministério da Saúde, de 24/11/2016 dispõe sobre a homologação do resultado final do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH/Psiquiatria 2012/2014, estabelecendo em seu Art. 2º que os hospitais psiquiátricos que obtiveram índice inferior a 40% e os que não alcançaram o índice mínimo de 61% do PNASH, após a sua reavaliação, são indicados para descredenciamento do Sistema Único de

Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH, que indica o Hospital Psiquiátrico Vera Cruz para credenciamento do Sistema Único de Saúde (SUS), responsabilizando o gestor municipal como condutor desse processo, como em suas palavras: “Isso é condizente com o que determina o Termo de Ajustamento de Conduta (TAC) assinado pelo município, que determina a desinstitucionalização dos internos dos manicômios locais e o consequente fechamento de todos eles” (GARCIA,2017).

Tais debates tão atuais acabam por denunciar que no momento presente, mesmo em pleno século XXI, com seus avanços em muitas áreas do conhecimento, nesse processo de extinção dos antigos manicômios e a implantação de serviços eficazes na atenção a essas pessoas com cuidados verdadeiramente humanizados, o antigo modelo de reclusão e maus tratos, ainda não superado, vigora com a permissão dos governos, sob o olhar da sociedade e com a convivência de alguns especialistas e trabalhadores.

Hoje o Hospital Vera Cruz possui pouco mais de cem pacientes que ainda vivem ali e registrar aqui parte dessa história deve contribuir para que o leitor possa mensurar a afirmação de que há ressonâncias que ainda retumbam em nossa sociedade, como uma herança política, social e cultural, presente em nosso cotidiano e memória, cujos impactos podem ser sentidos pelas pessoas que vivem essa realidade, em um sistema psiquiátrico ainda em processo de mudanças, ao mesmo tempo, pode ressaltar a importância de estudos e avaliações sobre os serviços prestados pelos CAPS da cidade à essa população, visto sua história recente e a necessidade de avaliações sobre eles.

Por sua vez, nos CAPS do município, houve casos como o de uma aluna de um curso superior ligado à saúde, de uma faculdade particular da cidade, que em período de estágio, gravou com seu aparelho celular, diversos vídeos com cenas do cotidiano de um deles e os apresentou em tom de denúncia em encontros acadêmicos sobre o tema, o que dificultou a entrada de pesquisadores portas adentro.

Além disso, em julho de 2016, um funcionário de um deles foi tragicamente assassinado por um usuário que vivia em uma Residência Terapêutica, o que repercutiu

Saúde. Além disso, reza em seu Parágrafo único que os hospitais psiquiátricos indicados para credenciamento, constantes do Anexo II a esta Portaria, permanecem nas Classes em que se encontram, conforme o constante da Portaria nº 404/SAS/MS, de 19 de novembro de 2009, e da Portaria nº 560/SAS/MS, de 29 de junho de 2015, até o seu credenciamento pelo gestor de saúde municipal ou estadual, bem como, em seu Art. 4º diz que a partir da data de publicação desta Portaria, o gestor de saúde municipal e/ou estadual deverá adotar as providências necessárias para a suspensão de novas internações no hospital que não alcançou os índices mínimos aferidos pelo PNASH, bem como a efetivação do processo de desinstitucionalização e de substituição do modelo de atenção, com base nas diretrizes e pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial.

negativamente junto à toda população e comunidade envolvida, cujo caso é citado durante as entrevistas com os colaboradores dessa pesquisa e que foi amplamente divulgado pela imprensa, como na matéria do jornalista José Antonio Rosa, do Jornal O Cruzeiro do Sul, de 07 de julho de 2016²²⁹.

Nela ele apresenta o caso do jovem auxiliar de enfermagem, Antonio Carlos de Matos, de 31 anos, que morreu esfaqueado com um golpe no peito desferido por Márcio José Moreira, 41 anos, esquizofrênico, que teria deixado o Instituto Psiquiátrico Teixeira Lima há cerca de um ano da ocasião. Enquanto tentava lhe administrar uma injeção com a medicação que Márcio deveria tomar e a qual ele se negava. A mãe do paciente, dona Marta Pedro de Oliveira, conta que seu filho recebia medicação a cada quinze dias e teria afirmado dias antes do crime que não iria tomar o remédio, conforme relata o jornalista:

[...] ela acrescentou que foram várias as tentativas para que a medicação fosse ministrada. Ela chegou a pedir o apoio da polícia para que o filho fosse atendido. Dentro da casa, o técnico tentou aplicar a injeção, mas Marcio reagiu e pegou uma faca com a qual desferiu golpe na altura do ombro da vítima.

Em 2017, também há uma sequência de greves e protestos de funcionários das instituições psiquiátricas da cidade, tanto do Hospital Vera Cruz, quanto do CAPS Arte do Encontro, além de outras denúncias de maus tratos e violação dos direitos humanos que já foram aqui apresentadas, o que novamente tornaria o município centro das discussões sobre a desinstitucionalização psiquiátrica no país.

O histórico de violações dos direitos humanos, o momento político de manifestações e denúncias, de debates públicos entre gestores e grupos de luta antimanicomial, além da resistência do sistema local, dificultaram a realização do trabalho de campo e nos ajuda também a compreender alguns caminhos encontrados em sua realização, pois, inúmeras foram as barreiras impostas para a articulação necessária para que houvesse encontros e entrevistas com as pessoas que compõem as equipes e com os próprios usuários de um destes CAPS III, onde realizei a observação participante da oficina de música, que acontece todas as quartas feiras às 14h, no mês de julho deste ano.

²²⁹ROSA, José Antonio. *Paciente mata auxiliar de enfermagem no Éden*. Jornal O Cruzeiro do Sul. 07 jul. 2016. Disponível em: <<http://www.jornalcruzeiro.com.br/materia/713304/paciente-mata-auxiliar-de-enfermagem-no-eden>>. Acesso em: 26 Jun. 2017.

Neste cenário de uma história que marcou a região e a cidade, na investigação do passado distante evocado pela história da loucura e de um passado mais recente, na narrativa de minhas memórias como trabalhador, e no presente, com a realização de um trabalho de campo, em que se propõe a coleta de testemunhos por meio de entrevistas temáticas e uma observação participante das atividades desenvolvidas pelos usuários do lugar, é que se busca os elementos simbólicos e hábitos que recobrem a escrita dessa história vista de baixo, afim de evidenciar a importância da arte no contexto da saúde mental, cujos muitos aspectos sobre os resultados dessa política pública acabarão por emergir.

Como elementos dessa investigação sobre quais seriam os resultados esperados e já alcançados por estes Centros, muito se desvendou durante a narrativa de minha memória pessoal, cuja experiência foi plenamente positiva, mas, é preciso considerar que se passaram quase dez anos entre minha vivência como trabalhador da saúde mental e essa investigação em campo. Uma na cidade de Dourados – MS, outra em Sorocaba- SP, o que acabará por nos revelar diferenças e semelhanças entre os serviços prestados, sendo um excelente conteúdo para posteriores comparações.

Quase uma década depois volto a campo em um trabalho de observação e interpretação da realidade de quem vive nesse contexto, bem como, ouvindo atentamente as pessoas que compõem essa colônia que são os CAPS III do município. Para isso a visitação destes Centros e a observação de suas atividades foram fundamentais, assim como, a realização de entrevistas com seus trabalhadores, familiares e usuários quanto às atividades artísticas e seus benefícios.

É preciso ressaltar também que até agora os estudos existentes na relação entre arte e saúde mental se relacionam, sobretudo, à psiquiatria, como aporte para estudos nesse campo e pouco se fala da importância do acesso à arte como meio de garantir a dignidade humana, tão pouco é tratada como fator relevante de cidadania pela saúde mental neste novo modelo de atenção e cuidados que se expande pelo país.

Se diferente do caso douradense, as respostas encontradas nesse novo período de convivência forem outras, se poderá compreender que se lhes é negado o acesso às atividades artísticas, logo, a legislação não é cumprida, seus direitos como seres humanos não são integralmente respeitados e, ainda, continuariam aliados de seus direitos como cidadãos, aprisionados por muros invisíveis e ao sentido histórico de violência e exclusão social.

Essa reflexão também pode nos levar à compreensão de que o acesso à práticas

expressivas, comunicativas e corporais é essencial não só para os usuários dos CAPS, mas também, para todos aqueles que permanecem à margem por motivos diversos: usuários de drogas e álcool, jovens em conflito com a lei, idosos residentes em regiões pobres das cidades, crianças e adolescentes em situação de moradia de rua, mulheres que sofreram violência doméstica, trabalhadores de assentamentos rurais, entre muitas outras pessoas que vivem os graves problemas sociais que assolam nosso país.

Ressalto que mesmo antes de apresentar as entrevistas realizadas optei por destacar as observações feitas durante o trabalho de campo, por considerar que elas são parte integrante do cenário onde se desenrola esta história, pois, o relato aqui apresentado é fruto das observações e anotações em um caderno de campo, dedicado ao ver e ao ouvir, seguido de uma interpretação e textualização dos dados obtidos nesse período.

Sendo assim, considerando os pressupostos da história e os princípios técnicos da história oral, o diálogo com a antropologia e o aporte teórico oferecido pelas ciências humanas é que apresento uma interpretação da experiência vivida em que saio a campo.

Em janeiro de 2015, meu primeiro contato na cidade de Sorocaba foi com uma das coordenadoras de um destes CAPS III, Marisa, que me recebeu prontamente e que, ao saber de minha experiência anterior, convidou-me para prestar serviços ali em período integral, o qual não pude aceitar, visto que, além dos compromissos acadêmicos, cursava disciplinas do programa de Mestrado de que sou pesquisador.

Essa conversa foi o ponto de partida para minha incursão nessa história, mas, durante mais de dois anos ficou esquecida e o contato com ela só foi retomado em abril deste ano, pois, o foco da pesquisa naquele momento era construir um arcabouço sólido de conhecimentos a respeito do tema, que obtive por meio das disciplinas cursadas e de inúmeras leituras.

Quando voltei a procurá-la com intuito de iniciar meu trabalho de campo, de acompanhamento de suas atividades artísticas, fui surpreendido pelo fato de que, naquele momento, não me foi permitido pela gestão do lugar, visto os últimos acontecimentos que marcam o cenário atual dos serviços de cuidados e atenção à saúde mental na cidade – tanto os hospitais psiquiátricos, quanto os CAPS - alvos de denúncias e críticas da comunidade envolvida.

O mesmo se deu em outro Centro, cuja coordenação procurei e que também não me trouxe o retorno que esperava, pois, desde o fim de 2016, ele teria mudado de coordenação

pelo menos três vezes, devido à acontecimentos diversos e eu nunca obtive resposta para meus pedidos à instituição, que me orientou a buscar autorização para a pesquisa em uma instância superior – a Secretaria de Saúde, alertando que o processo poderia durar meses para ser aprovado.

No entanto, depois de algumas semanas de negociações com a coordenação, fui autorizado a participar de uma de suas atividades, a oficina de música, como cidadão, já que o serviço tem como premissa fundamental ter suas portas abertas à comunidade. Mas, para conversar e entrevistar as pessoas ali eu deveria obter a licença junto à Secretaria Municipal de Saúde, em um departamento chamado de “Educação e Saúde” que expediria um formulário e faria uma análise de meu pedido de pesquisa, que poderia ser deferido ou não.

Sendo assim, minha primeira imersão neste Centro aconteceu no dia 12 de julho de 2017, uma quarta feira ensolarada, dia em que a oficina de música acontece das 14h às 15h, seguida de uma assembleia, quando se dão recados e informes e se discute questões relacionadas ao serviço.

A casa, do lado de fora, é grande e de aspecto agradável. Ela tem vários cômodos e áreas diferentes, é rodeada de muros por todos os lados e um portão de ferro que sempre está aberto ao público. Lá dentro muitas pessoas circulavam pelo espaço, nem todos participavam das atividades, alguns deles estavam pelos cantos do quintal, conversando, fumando, ou simplesmente, não fazendo nada, apenas esperando, sentadas ao sol.

Logo na entrada existe um quadro de avisos que fica na recepção do lugar, com informativos sobre as atividades desenvolvidas durante a semana e entre grupos de apoio à família e grupos de psicoterapia, há inúmeras oficinas que propõem atividades artísticas além da música, como os grupos chamados de: Leveza na Arte – tricô, crochê, bordados e tapeçaria; Poesia e Arte; Passeio – conhecendo o território; Mosaico, desenho e bate-papo; Expressões corporais e Dança; atividades que devem atender a demanda do Centro, que hoje é em torno de mil e oitocentas pessoas.

No pátio interno havia dezenas delas, sentadas, em pé, encostadas nas paredes dos cômodos quase vazios dos diversos ambientes do lugar. Pessoas com dificuldades motoras, outras com aspecto de dopadas, cujas falas mal conseguiam articular. Um deles gritava muito exaltado que até sexta-feira, dali a dois dias, já estaria morto, enquanto uma funcionária o guiava pela mão pelos corredores do serviço.

O ambiente parecia caótico, e ao mesmo tempo, possuía uma certa coesão interna, própria, que à primeira vista não pode ser captada, mas, que garante a ordem lugar. Entre gemidos e lamúrias poucos funcionários desdobravam-se para atender a todos e eram bastante solicitados por eles. Havia no local uma recepcionista, um médico psiquiatra que usava um jaleco branco com seu nome bordado, uma funcionária da limpeza, que recolhia o lixo enquanto eu estava ali, outra da cozinha, que serviu o pão com manteiga e café para todos, uma psicóloga e a coordenadora do serviço.

Diferente do modelo asilar, o serviço tem portas abertas e me acolheu prontamente, com algumas ressalvas, já que eles não proibem ninguém de observar as atividades, mas que não poderia entrevistar as pessoas ali, nem usuários e nem trabalhadores sem a devida autorização, me lembrou a coordenadora novamente.

Sabendo disso, adentrei o pátio e sobre a sombra de três grandes jabuticabeiras, no amplo quintal da casa com um bem cuidado jardim e piscina, estavam todos reunidos e havia em torno de uma roda mais ou menos trinta pessoas que cantavam, dançavam e tocavam, batiam palmas, participavam intensamente da atividade da qual pareciam gostar muito.

Dentre eles Ronaldo, que estava presente, cantava e tocava seu violão. Os companheiros conhecem suas composições e cantam junto com ele suas músicas, ora em inglês, ora em espanhol, ora em português. A psicóloga responsável por esse encontro explicou-me que a oficina é aberta e de participação livre, que não seria “*estruturada*”, em que os usuários podem participar conforme seu desejo.

T., morador de uma das residências terapêuticas, pela qual aquele CAPS é responsável, é surdo e mudo e, a seu modo, adora cantar e cantou e dançou bastante e ainda queria cantar muito mais, se não fosse interrompido para que todos tivessem oportunidade de participar.

Os pontos altos foram as músicas “Tente outra Vez” e “Maluco Beleza”, ambas do roqueiro baiano Raul Seixas e com as quais eles parecem se identificar muito. Nesse momento, J., paciente novo, diziam os outros, dançava no meio da roda, fazia mímicas e interpretava as letras das canções. Ele dizia que estava gostando muito de participar dessa atividade no CAPS. Ele tem uma tatuagem na testa, onde está escrito a palavra “Emmanuel”, uma personagem muito marcante naquele dia.

Alguns deles me perguntavam o que é que eu tinha, com quem ia me tratar, qual seria meu psiquiatra, ou ainda, se eu era psicólogo, a partir disso, estabeleci conversa com eles,

explicando que estava ali como estudante e pesquisador. Eles me cumprimentaram e rapidamente me senti inserido naquele contexto. Parecia haver entre eles uma espécie de cumplicidade e aceitação, reconhecimento do sofrimento do outro e, sendo assim, cumpri meu papel de observador participante. Bati palmas, cantei, conversei com todos e interagi com eles, sem estranhamentos.

Após a oficina de música houve uma assembleia com os frequentadores do CAPS dirigida pela própria coordenadora, que acabava de retornar do seu horário de almoço, quando ela deu alguns informes aos presentes. Falaram sobre a realização de seu bazar semanal, sobre as novas oficinas de inglês e computação, sobre o jornal do CAPS que estaria sendo impresso, sobre o uso de caixas de som na oficina de música, mas, o que mais me chamou a atenção foi o caso da morte de um de seus usuários que ingeriu toda sua medicação com álcool e acabara por falecer naquela segunda feira, o que mais tarde seria relatado também por Laura, que era sua namorada e me concedeu seu testemunho.

Já esperando para me despedir da coordenadora do lugar e agradecê-la pela oportunidade, uma mulher me relatou, no momento em que ia assinar a lista de participação nas atividades do dia, que ela não conseguia assinar o documento, pois, estaria dopada e não teria controle motor suficiente para escrever seu próprio nome, visto que, a grande carga de remédios a entorpeciam. Foi quando perguntei se com eles ela se sentiria bem e ela me respondeu que não, que eles jamais se sentiam bem, que ficavam apenas “*estabilizados*”, mas, “*bem, nunca*”. E terminava aquele dia de trabalho com esta resposta que ganhei e que me ficou atravessada na garganta.

Na quarta-feira seguinte, no dia 19 de julho, novamente retorno ao CAPS para acompanhar a oficina de música que acontece sempre às 14h e pontualmente o trabalho foi iniciado, mas, dessa vez, ao ar livre, pois, estava muito frio e todos decidiram se aquecer ao sol. Havia na roda dois violões. Um senhor chamado M. que gosta muito de tocar músicas como samba e pagode e, do outro lado, Ronaldo com suas canções em inglês e espanhol, composições suas que no CAPS todos conhecem, relembro.

Muitas das personagens da semana anterior estavam ali novamente, havia aproximadamente trinta pessoas e decidi participar mais da atividade e levei também alguns instrumentos de percussão que tenho em casa, como caxixis, triângulo e meia lua para acompanhar os violonistas, o que foi muito bem recebido, pois, ao verem meus instrumentos todos se interessaram e rapidamente já os tocavam muito felizes.

Outros tantos eram rostos novos, diferentes daqueles que já reconhecia. D. e E. me chamaram a atenção pelo seu estado físico, cujos movimentos eram muito comprometidos, o andar e também seus gestos, a maioria deles era assim. Também fiquei mais atento às condições de higiene dessas pessoas, que não parecia muito boa, roupas e unhas sujas, cabelos desganhados, visivelmente sem asseio pessoal, o que é apontado pela mãe de Ronaldo, dona Sueli, como um dos motivos de rejeição dessas pessoas pela sociedade.

A greve dos ônibus continuava na cidade e alguns deles se queixavam das dificuldades de chegar ao lugar, o que me faz pensar sobre o acesso das pessoas ao serviço, visto que alguns deles deslocam-se de distritos distantes e até de cidades vizinhas. No entanto, outros como Ronaldo, moram na região. Há também usuários de Residências Terapêuticas pelas quais aquele CAPS também é responsável, o que remete diretamente a esses usuários como egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos da região, ressalto.

Ronaldo estava em um canto sentado ao sol com sua amiga Laura. Sempre preciso me aproximar dele, com cuidado, e de longe vou chegando cada vez mais perto. Quando eu o cumprimento, o abraço e sorrio, aos poucos ele se tranquiliza com minha presença, relaxa e começamos um diálogo.

T., surdo e mudo, residente em uma RT, gosta muito da atividade, pois, lá estava ele novamente e cantou não apenas uma, mas, duas músicas, que soavam bem diferentes, tanto pela entonação quanto pelos gestos que ele realizava. Perguntei à psicóloga responsável que música ele cantava, se ele teria nascido surdo ou alguma doença o levou àquela situação, mas, ela não soube me responder, pois, estas informações não constariam em seu prontuário.

Outro homem, sem as duas pernas, movimentava-se pelo jardim com ajuda das mãos, circulava tranquilamente pelo espaço sem dificuldades e em um canto fumava seu cigarro. Pediu para cantar uma música, depois outra, sozinho, à capela, duas canções sertanejas, sem acompanhamento. Todos gostaram e aplaudiram.

Outro que andava de muletas, tinha um rosto bastante marcado pelo sol, com um dos olhos, o direito, furado, fechado e assim que se sentou ao meu lado pediu o ganzá, em formato de ovo, que eu havia levado e acabado de sacar da mochila. Ele gostou muito do som e, por meio de gestos, me pediu o objeto e ficou com ele até o fim da atividade, quando me devolveu e agradeceu sorrindo.

Enquanto isso eu acompanhava Ronaldo tocando minha percussão e ele ficou muito feliz, com a gaita, sobretudo, que ele disse ter criado uma linda harmonia para sua música. Ao

final todos me cumprimentaram e perguntaram sobre os instrumentos que apresentei e mostrei a eles que, curiosos, pediram para tocar, pegaram e fizeram inúmeros sons. Depois disso, nos despedimos.

Iniciou-se então uma assembleia, atividade semanal que acontece depois da oficina de música e entre os diversos assuntos tratados estava um passeio, visita à uma exposição de artes no SESC da cidade, do qual eles falaram muito bem, e que faz parte da programação semanal do Centro. Por outro lado, novamente o bazar semanal não aconteceu por conta de organização de horários entre os usuários e os gestores da instituição. Falaram também muito bem das aulas de inglês, umas atividades que teria começado há poucos dias, ministrada por uma psiquiatra do serviço que se dispunha a ensiná-los uma nova língua, cujos alguns dos presentes na ocasião fazem parte.

Após assistir a reunião veio o aviso que era a hora do café, o que eles já esperavam ansiosos, embora reclamassem da qualidade do lanche da tarde, um copo de café preto e uma metade de pão francês com margarina, mesmo assim, causava um certo alvoroço.

Nesse momento pedi a Ronaldo que me apresentasse sua amiga, Laura, que ele já tinha mencionado em encontros anteriores e assim ele o fez. A chamou e me apresentou sua colega de CAPS, com quem tinha formado a dupla musical “Totalmente Loiras”, como ele já havia me relatado.

Laura estava em um canto, sentada, tem iluminados olhos azuis, muito claros, e não participou das atividades do dia, apenas observava tudo de longe, parecia triste, motivo que ela mais tarde iria me contar. Pedi a ela que me concedesse uma entrevista, mas que, não poderia ser no ambiente do Centro, que me solicitava uma autorização da Coordenação Municipal de Saúde Mental, a qual eu não tinha. Sendo assim, saímos dali para uma praça perto do CAPS, a mesma onde falei com Ronaldo e sua mãe dias antes, a praça do Mineirão, estádio de futebol de Sorocaba.

A partir de então começamos a conversar sobre o conteúdo de minha pesquisa e sobre sua importância e esclarecidos esses pontos combinamos a gravação da entrevista para um outro momento. Ela me disse que estava um pouco nervosa, pois, nunca tinha sido convidada para uma entrevista, a qual apresentarei logo mais.

Uma nova tarde de observação participante no CAPS III, dia 26 de julho, me mostrou que o cotidiano ali se repete, algumas pessoas que sempre estão presentes, marcavam sua

presença na atividade, sentados sob a sombra das jabuticabeiras cantavam e se divertiam. Alguns deles já conhecia e alguns outros eram novas presenças.

Dessa vez fiquei um pouco mais distante da roda, pois, sentia certa contrariedade dos funcionários do CAPS em relação à mim, então decidi observar de longe a atividade. J. com sua tatuagem na testa estava lá novamente, dançava, gesticulava e fazia os mesmos gestos das semanas anteriores, um entusiasta dessa atividade, canta e dança todas as canções tocadas pelo único violonista presente essa semana. T., surdo e mudo, também entoava suas canções preferidas, que nem todos compreendem, mas, solidariamente, o aplaudem e o cumprimentam.

Foi quando Laura se aproximou de mim, ela estava sentada fora da roda em que a oficina acontecia e começamos uma conversa. Ela me contou que se sentia muito triste pela perda do namorado M., e que não queria mais viver nesse mundo que, segundo ela, é um “mundo sujo”.

Perguntei se poderíamos visitar sua casa naquele dia, para que pudesse conhecer seus familiares a respeito desse trabalho e se me concederiam uma entrevista em que falassem de sua relação com o CAPS e suas observações sobre os cuidados e a atenção ali prestados. Infelizmente, Laura me contou que estariam todos viajando e que ela estaria sozinha em casa. Mais tarde ela me revelou que eles, na verdade, não estavam dispostos ao encontro comigo e que sua relação com a família estava muito ruim.

Naquela tarde Ronaldo não estava presente e Laura afirmou que ele teria novamente tido uma discussão com os trabalhadores do lugar e que teria tido uma crise e desde então ele não teria aparecido mais às atividades do Centro.

Nesse dia tudo terminou rapidamente, quinze minutos antes do fim da atividade, a equipe se reorganizava, pois, pareciam ter assuntos urgentes a resolver e anteciparam o fim das atividades do dia, para que os usuários fossem embora mais cedo e pudessem se reunir.

Após a música, houve a tradicional assembleia, quando se discute assuntos diversos, dentre eles uma nova greve dos ônibus que atrapalharia a frequência dos usuários ao CAPS, bem como, a realização do bazar que, dessa vez, acontecia enquanto eu estava ali.

Fui ao bazar, que ficou instalado ali mesmo no jardim e vi sobre as mesas produtos de artesanato, como tapetes de crochê e bonequinhas feitas com garrafas PET, havia também uma grande quantidade de roupas usadas à serem vendidas e custavam apenas um real. Adquiri alguns desses produtos artesanais e observei que a procura pelo vestuário era grande

e, naquele momento, alguns dos usuários adquiriam as peças: calças, camisas e casacos para o frio, tudo o que foi doado por pessoas da própria comunidade.

A partir de então encerrei meu trabalho de observação participante nessa etapa da pesquisa que considerei concluída, ao mesmo tempo em que foram realizadas entrevistas com a) trabalhadores – Marisa e Claudia, b) usuários – Ronaldo e Laura, e c) familiares – Sueli, pessoas que muito contribuíram nessa investigação e estão ligadas a esta rede, cujos testemunhos são significativos na documentação dessa memória.

Capítulo 7. As vozes de quem vive essa realidade

Tendo em vista essa problemática, à medida que participava das atividades artísticas desenvolvidas por um dos CAPS III da cidade, realizava também contatos com pessoas ligadas a ele e que pudessem colaborar com entrevistas nessa pesquisa, algumas delas, inclusive, realizei, mesmo antes de adentrar aos portões do serviço para observação.

Pois, com a tarefa de responder aos meus questionamentos sobre a importância da arte e seus benefícios aos processos de reabilitação psicossocial foi preciso que iniciasse a etapa de entrevistas, enquanto aguardava a resposta da coordenação do Centro.

Foi aí que pedi ajuda para um amigo, que conhecia uma pessoa ligada ao Ministério Público que esteve envolvida com a aplicação do TAC, já mencionado aqui, para que me ajudasse a contatar pessoas ligadas ao serviço e que pudessem me contar parte dessa história e ela, prontamente, me indicou profissionais da saúde mental com quem poderia falar.

Essa pessoa que podemos chamar de “ponto zero”, que se caracterizaria “como um depoente que conheça a história do grupo”, não aceitou prestar seu testemunho por motivos éticos, mas, me apontou caminhos para “orientar o andamento das entrevistas”, como nos ensina Meihy (2002, p.167).

Por questões éticas que envolvem os pressupostos do trabalho em história oral foram utilizados pseudônimos para identificar os colaboradores, bem como, foram utilizadas apenas as iniciais de outras pessoas citadas para que não haja exposição delas. Além disso, é preciso salientar que as entrevistas foram transcritas e passaram por um processo de transcrição e textualização, sendo conferidas e, posteriormente, autorizadas pelos colaboradores.

Cada uma dessas entrevistas teve duração de aproximadamente duas horas e reforço a necessidade dessa transcrição, pois, muitos aspectos foram repetidos ou retomados, o que tornou necessária uma intervenção do autor, compactando os assuntos conforme emergiam, de acordo com os pressupostos da História Oral, utilizando-me, por vezes de um discurso direto, por vezes indireto, visando dar maior clareza aos assuntos abordados para o público leitor, no entanto, ressalto que tais preciosos testemunhos encontram-se em anexo na íntegra e são riquíssimos.

A partir disso, realizei o primeiro contato telefônico com as pessoas indicadas, uma delas era a assistente social Marisa, com quem eu já tinha contato e que me recebeu para uma

entrevista em sua sala, no CAPS III onde é coordenadora, em Sorocaba. Essa entrevista aconteceu no dia 08 de maio de 2017, às 10h da manhã.

Pode-se dizer que essa entrevista não contraria o sentido de colônia, pressuposto da história oral de Bom Meihy, pois, a colaboradora faz parte de um CAPS outrem que não aquele onde realizei a observação participante, mas, sua voz deve ser levada em consideração, visto os inúmeros aspectos relevantes que apresenta para essa pesquisa, além disso, se considerarmos que os CAPS atuam em rede, de modo territorial e articulado, esse depoimento acaba por se relacionar com o todo da realidade observada.

Em uma manhã em que havia ali inúmeros usuários a serem atendidos, ainda na recepção, ouvi conversas, lamúrias e presenciei até uma calorosa discussão entre as atendentes do lugar e um usuário. Havia também alguém que chutava e batia em um armário de ferro, em outra sala, fechada, pois, podia-se ouvir da recepção, o barulho de seus socos e pontapés.

Após alguns minutos de espera a coordenadora me recebeu e pedi a ela que me contasse sobre sua relação com a saúde mental e a importância da arte nesse contexto, cujo testemunho passo a apresentar.

Marisa

“Tá vendo que tem um mundo lá fora”

O testemunho de Marisa nos remete à história da região de Sorocaba que, segundo ela, possui um longo histórico de violações dos direitos humanos quando se trata dos antigos manicômios que funcionavam no município, onde se reconhece tais infrações e, por isso, hoje, busca-se prestar um atendimento humanizado nas unidades dos CAPS, nas residências terapêuticas, nas unidades básicas de saúde, em toda a RAPS, que recebe inclusive muitos dos egressos desse sistema psiquiátrico, conta.

Desde 2009, há oito anos trabalhando como assistente social na área, observa que: *“a cidade violou os direitos, ela é recordista em violar os direitos do deficiente mental. Então ela tem uma dívida social com relação a isso.”* Ela reconhece ainda o momento político que se atravessa é de conflitos e denúncias, ao mesmo tempo *“em que se busca corrigir essa dívida”*.

Há hoje na cidade apenas quatro Centros de Atenção Psicossocial – CAPS III, dois voltados ao atendimento psiquiátrico e dois para usuários de álcool e drogas – AD, mesmo quando a população e a demanda exigem a abertura de mais dois deles, cuja licitação acontecerá em breve e é muito aguardada pela instituição, que irá pleitear também a gestão destas novas unidades.

A demanda do município teria crescido muito por fatores ligados à crise econômica no país, ao desemprego, ao aumento da pobreza e, conseqüentemente, a falta de coesão nas relações familiares, momento em que um alto índice de pessoas apresentaria sintomas graves de depressão e são atendidas em diversos serviços que compõem a rede de atenção psicossocial - RAPS, observações que se confirmariam também com a coordenação do CAPS AD que a instituição também dirige, afirma.

Entretanto, há inúmeras falhas nessa Rede de Atenção Psicossocial – RAPS o que dificultaria a atuação dos CAPS, pois, segundo ela *“como a rede não consegue comportar os casos mais leves, os casos de UBS, isso me sobrecarrega um pouco”*, visto que hoje ela prestaria cuidados e atenção à aproximadamente mil e seiscentas pessoas, número que ela considera excessivo para qualquer CAPS, dizendo que o atendimento deveria ser prestado a

uma média de cento e vinte pessoas diariamente, divididas em dois períodos, matutino e vespertino, mas que, no entanto, sessenta pacientes eles tem apenas nos “*grupos de caminhada e de alongamento*”.

Em Sorocaba se registrava há poucos anos quase mil leitos psiquiátricos e hoje, somariam no total, apenas doze, o que representaria um grande avanço no processo de desinstitucionalização psiquiátrica no município. A este dado numérico não estão somados os leitos ainda ativos no Hospital Vera Cruz, que hoje tem pouco mais de cem dos seus antigos moradores, sendo ele o último em funcionamento, apenas como um polo de desinstitucionalização, que já não recebe novos pacientes. Ela nos conta que havia uma promessa de que até o fim de 2016 ele seria definitivamente fechado, o que acabou não acontecendo, e há a esperança de que isso ocorra até o fim deste ano.

Com a desinternação desses últimos pacientes e com a demanda crescente no município, acrescenta a necessidade da abertura de novas residências terapêuticas, de novos CAPS, da ampliação de suas equipes multidisciplinares, a criação de um pronto socorro psiquiátrico, de um centro de convivência, bem como, a contratação de médicos psiquiatras para as UBSs, além de uma maior articulação intra e extra setoriais.

Pois, o ideal é que a Rede esteja consolidada e que cada Unidade Básica de Saúde - UBS esteja alinhada com as equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família e que cada uma delas tenha seu próprio psiquiatra, já que hoje há apenas um médico para cada quatro dessas unidades, relembrando as estatísticas da OMS sobre a falta de profissionais da psiquiatria no atendimento público, bem como, existe a necessidade de uma maior articulação entre a saúde mental, os Centros de Referência em Assistência Social - CRAS e os Centros de Referência Especializados de Assistência Social - CREAS, ela afirma.

Além disso, há a necessidade do entendimento de todas essas mudanças e reformas pelos próprios trabalhadores da Rede, que ainda tem muito preconceito com pacientes psiquiátricos, sobretudo, no atendimento realizado pelas UBSs e Unidades Pré Hospitalares - UPHs, que tem dificuldades em prestar cuidados e atenção à essas pessoas e que “*o paciente psiquiátrico não tem só a psiquiatria de problema. Essa é minha maior dificuldade hoje. Ele pode ser hipertenso, ele pode ser diabético, ter qualquer outra coisa clínica, como qualquer outro paciente*”.

Voltando à um passado recente Marisa relata que quando chegou à Sorocaba, vinda de Minas Gerais, buscou o Conselho Regional de Assistência Social que lhe indicou algumas

vagas de trabalho, dentre elas uma no Hospital Jardim das Acácias, para a qual participou da seleção e foi aprovada. Na ocasião ela lembra que se sentiu “*perplexa*”, pois, iria trabalhar com pacientes psiquiátricos pela primeira vez. Esse detalhe pode nos dizer muito sobre como em nossa memória cultural se guarda uma ideia de periculosidade da pessoa com transtornos mentais, traduzida muitas vezes pelo medo.

Lembra ainda que o hospital Jardim das Acácias teria pelo menos três características que o diferenciavam de outros hospitais da mesma natureza: por ser dentro da cidade, localizado à avenida General Carneiro; ter muros baixos e portões abertos e; lá o paciente teria acesso livre à sua diretoria.

Nesse contato com os pacientes um deles teria dito ao diretor do Hospital que queria “*morar em uma casinha*”, como expressão desse desejo eles também teriam criado as primeiras Residências Terapêuticas, muito antes delas serem previstas pela legislação. Ela frisa que no ano de 1997 foi construída a primeira “*casinha*” ainda dentro do Hospital, cuja responsabilidade de zelar pelo espaço era integralmente do seu morador, experiência que fôra tão positiva que, logo, muitos outros pediam por esse benefício. A partir disso a instituição passou a alugar casas fora do Hospital, o que teria dado início à desinstitucionalização psiquiátrica na cidade, muito antes da promulgação da própria lei 10.216.

Nesse processo, muitos dos antigos pacientes do Hospital tiveram alta, alguns deles hoje seriam casados e seguiram suas vidas e já nem sequer teriam contato com os trabalhadores da saúde mental atualmente. Entretanto, muitos outros foram abandonados pelas famílias no Hospital e que quando chegava ao lugar para iniciar suas atividades, havia inúmeros pacientes em situação de abandono familiar e que não possuíam nem mesmo documentos pessoais, o que impossibilitava a identificação de sua origem e sua filiação, sua idade e, até mesmo, seu nome.

Ela afirma que procurou os familiares e que alguns deles negaram-se a conversar com ela, mas que, no entanto, conseguiu recuperar muitos desses documentos, criando também um grupo terapêutico voltado às famílias daqueles pacientes.

Marisa diz que entrou no Hospital Jardim das Acácias no ano de 2010, exatamente no ano do encerramento de suas atividades, cujas violações aos direitos humanos e horrores de que as pessoas falavam, ela não presenciou, lembrando que eles eram o único hospital da região em que a fiscalização chegava de surpresa e encontravam as portas sempre abertas. Ela

acredita que o Hospital não era um modelo, mas que, mesmo hoje em dia, há muito a se fazer para alcançar o ideal.

Como parte dos recursos de inserção social, uma das atividades desenvolvidas pelo Hospital eram as compras no centro da cidade, quando os pacientes eram levados, de acordo com seus gostos pessoais, para comprarem seus produtos preferidos, momentos em que todos eram muito bem recebidos pelo comércio local, o que já não aconteceria nos serviços públicos, lugares em que as pessoas demonstravam medo ao atendê-los.

Ela conta que o Hospital foi fechado e teria sido criado um CAPS II, quando foi convidada pela diretoria a assumir a coordenação do lugar e que, com “*o aumento da população e da demanda, lutas e transformações históricas e políticas*”, logo este Centro transformou-se em um CAPS III, em suas palavras. Como podemos ver nas recorrentes afirmações de Marisa, a questão da demanda no município se apresenta sempre em constante aumento, grifo.

Hoje como coordenadora, ressalta que o trabalho em equipe é de suma importância para a realização e sucesso das atividades dos CAPS, desde a faxineira ao psiquiatra, todos podem tornar-se referência para os pacientes. Sua equipe multidisciplinar é composta também por uma fisioterapeuta, uma educadora física, três médicos psiquiatras, dez médicos residentes em psiquiatria, três psicólogos, seis enfermeiros, oito auxiliares de enfermagem, duas assistentes sociais, uma coordenadora técnica, um farmacêutico, duas recepcionistas e duas auxiliares de limpeza.

Além de três terapeutas ocupacionais que realizariam um trabalho de “*estimulação*” como ela chama, orientando práticas expressivas, comunicativas e corporais, e durante as reuniões de equipe se discute o perfil de cada usuário e o tipo de atividade que ele deve participar, lembrando que as atividades artísticas valorizariam muito o trabalho do Centro, sendo muitas vezes essencial contra um tratamento medicamentoso e de reclusão, daí a oferta de atividades diferentes todos os dias, ressalta.

Hoje são vários os grupos abertos, aqueles em que o paciente não tem a obrigação de comparecer e não necessita de inscrição, como os grupos de saúde, que busca tirar dúvidas sobre os medicamentos, o de caminhada, o de psicologia e o de cinema, por exemplo.

Há também grupos fechados, aqueles em que o usuário deve inscrever-se para participar, como o de teatro, o de artesanato, o de alongamento, o de memória e o de relaxamento, todos com objetivos próprios, citando Nise da Silveira como uma inspiração

para seu trabalho e como profissional de saúde que ela admira e que a levou a valorizar cada vez mais a arte nos cuidados e na atenção à saúde mental. Além de grupos com psicólogos para um atendimento mais individualizado.

Além de um veículo essencial no respeito aos direitos humanos e garantia de cidadania, ela lembra que muito das vivências pessoais de cada um, podem expressar-se por meio da arte, retomando o caso de uma paciente, uma senhora de sessenta e oito anos, que não teve vida escolar e em meio a uma oficina de desenho é que conseguiu preencher essa lacuna, falando de seu passado.

Esse período de sua vida já tinha sido investigado pelos psiquiatras do lugar e ela, segundo Marisa, não relatava nada a respeito aos médicos por ter bloqueado essa lembrança e somente por meio da atividade artística é que a mulher revelaria esse momento de sua infância. Ela teria sido privada de estudar e nunca frequentou nenhuma escola e tinha vergonha desse fato, o que a levou a esconder parte de sua história, o que para Marisa demonstra a importância da arte em um CAPS tanto como fator de reabilitação psicossocial, quanto forma de investigação para seu tratamento psiquiátrico.

Ali, como parte de seu arsenal terapêutico, há também a realização de assembleias nas quais os usuários ganham espaço e voz, discutem os problemas do centro e sugerem soluções, em uma forma de gestão compartilhada, que conta com a experiência de quem se utiliza do serviço. Em uma dessas reuniões o nome do lugar teria sido dado por uma das pacientes, fato que Marisa ressalta com orgulho, pois, há em uma das paredes do CAPS um texto emoldurado, escrito à mão pela própria autora falando sobre o nome sugerido e aprovado por todos.

Além disso, a casa é um lugar amplo e possui também uma horta comunitária, cuidada por três pacientes e que oferece verduras e legumes a todos nos fins de semana, visto que o Centro funciona vinte e quatro horas por dia, uma das características de um CAPS III, inclusive aos sábados e domingos. Hoje ela teria sido totalmente adaptada para receber seus usuários e passa por constante fiscalização da Vigilância Sanitária e dos Bombeiros, para que as dependências do imóvel possam estar de acordo com as premissas do Ministério da Saúde, ressalta.

Anualmente o Centro realiza uma semana da saúde, dias em que são discutidos assuntos voltados à área, como dengue, educação sexual, saúde da mulher, saúde do homem,

cuidados pessoais e de beleza, cortes de cabelo, manicure e massagem, cujas atividades são gratuitas e articuladas com recursos do próprio território.

Marisa relata que o CAPS encontra-se localizado em um bairro nobre da cidade e que muitos vizinhos não aprovaram a instalação da unidade e que, por vezes, alguns ainda vão até o Centro se queixar, o que revela a dificuldade da sociedade em acolher essas pessoas fora do território asilar. Para tentar aproximar a comunidade do serviço ela conta que, juntamente com os usuários, foi realizada uma festa junina aberta ao público e que alguns dos moradores da região compareceram ao evento, o que ela considera positivo para as relações entre os eles e a comunidade.

No entanto, ela acredita que *“jamais conseguiremos erradicar o estigma e o preconceito que, muitas vezes, está dentro dos próprios lares, na vizinhança, dentro dos ônibus”* e que isso é combatido com uma preparação de seus usuários para vivenciar e enfrentar tais desagradáveis experiências, como ela mesma narra sobre um paciente que lhe contou que: *“você acredita que eu fui no aniversário da família e um cara que tava lá, não sei quem é, acho que é parente da minha tia, não quis sentar do meu lado, porque diz que eu sou louco.”*

Buscando benefícios à reabilitação psicossocial de seus usuários, ao lazer e à melhoria de sua qualidade de vida, ela lembra que surgiu *“a necessidade de abrir as portas do CAPS também e levar esses pacientes um pouco para fora”*, quebrando relações de dependência e ao mesmo tempo realizando um trabalho de inserção social e de articulação com os recursos de seu território.

A coordenadora diz que, inicialmente, teria sido criado um grupo terapêutico para *“conhecer os parques de Sorocaba, conhecer um pouco da história de Sorocaba, conhecer um pouco dos museus de Sorocaba”*. Ainda na esteira da inserção dessas pessoas em sua comunidade ela destaca que se utiliza bastante de um Parque Municipal, que fica bem próximo ao Centro, com o qual fez uma parceria para a realização de visitas monitoradas ao lugar que, além de uma pista de caminhada, uma área coberta para exercícios, possui também um pequeno zoológico.

Como atividades ligadas ao território, de inserção e convívio social, buscando proporcionar lazer e ao mesmo tempo acesso a espaços voltados à arte é que, após a obtenção de *“um valor relevante”*, ela conta, é que se iniciaram algumas viagens para lugares como o

Museu do Ipiranga e o Mercado Municipal, ambos em São Paulo, visto que já teriam sido realizadas inúmeras visitas em Sorocaba.

Na oportunidade, ela nos conta que na época, em 2012, eles tinham também “*um grupo de jornal*” que teria feito toda a cobertura da viagem, textos e registros fotográficos, cujo exemplar é apresentado aqui. Na ocasião pacientes se revezaram realizando entrevistas com outros pacientes e técnicos, bem como, as fotografias dos momentos mais especiais da visita à capital paulista, como mostra uma publicação da época, conforme a figura 28:

Figura 28 – Jornal do CAPS III

Marisa nos ensina também que momentos como esse são preciosos para o convívio social não só com as pessoas dos lugares visitados, mas, com a própria equipe e que eles reforçariam e estreitariam ainda mais seus laços junto aos usuários, contribuindo muito para seu tratamento terapêutico.

Nessa atividade o peso do estigma também parece ser aliviado, pois, ela ressalta que na cidade de São Paulo *“eles não se sentiram assim, os pacientes psiquiátricos”*, pois, segundo eles mesmos *“as pessoas veem a gente como um bando de louco na rua, é assim que as pessoas nos caracterizam”*. No entanto, ela os estimula a sentirem-se cidadãos comuns e a ficarem a vontade nos ambientes, pois, não utiliza crachás ou enfermeiras vestindo branco, todos da equipe vestem-se normalmente, visto que a proposta é justamente de socialização. Um detalhe importante sobre a visita ao Mercado Municipal é que muitos não tinham dinheiro para o lanche, o qual a instituição subsidiou.

Depois disso alguns dos usuários, muito estimulados, passaram a viajar e conhecer cidades vizinhas como Itu e São Roque, ela sublinha. Uma próxima viagem está sendo planejada e deve ter como destino o Zoológico de São Paulo, explica.

Como parte dessas ações de reabilitação o Centro também realiza festas temáticas, como festas juninas, bailes animados ao ritmo dos anos sessenta, bailes de carnaval, de acordo com a época e as possibilidades do serviço, que conta com um salão emprestado de uma entidade filantrópica que fica próxima ao CAPS. As festas são gratuitas e oferecidas pela instituição e seus funcionários participam da celebração como forma de convívio social, o que é muito apreciado pelos próprios usuários, ela destaca: *olha gente! eles querem mais a gente dançando, rindo com eles, a gente tira mais foto, a gente brinca mais*”, democratizando e humanizando ainda mais as relações entre os usuários e a equipe.

Já no campo do fazer artístico como forma de tratamento terapêutico *“criou-se o grupo de teatro do CAPS”* e os próprios pacientes teriam dado nome ao grupo que chamaram de “Fênix”, no ano de 2012. Ela conta que para uma das pacientes o grupo foi fundamental, pois, a jovem teria chegado ao primeiro acolhimento, que fora feito pela própria Marisa, completamente muda e chorando muito, em um estado de depressão profunda.

Esse caso teria lhe chamado *“muita atenção”*, pois, a jovem teria se destacado na atividade, recebendo inclusive alta definitiva há pouco mais de sessenta dias. Ali ela teria conhecido seu atual esposo, que ainda é integrante do Fênix, nome dado por ela e que todos

concordaram no batismo. Além disso, Marisa conta que hoje ela tem um trabalho em uma famosa fábrica da cidade, eles estão casados e tem uma filha.

Com forte espírito de liderança a paciente dirigia o grupo enquanto recebia suporte da terapeuta ocupacional e, conforme a coordenadora, as atividades que envolviam as práticas expressivas e comunicativas, bem como, as práticas corporais propostas pelo teatro, teriam sido fundamentais para o processo de reabilitação psicossocial da mulher, que hoje vive uma vida em que se integrariam essas dimensões *“do lazer, da casa e do trabalho”*. Além do teatro ela também participava das oficinas de pintura e muitos dos quadros espalhados pelas paredes do saguão de entrada teriam sido pintados por ela e seu marido, destaca.

No caminho dos processos criativos, Marisa relembra que o grupo de teatro criou um texto coletivamente, realizou ensaios e produziu a apresentação de uma peça em que retratava a vida dos trabalhadores do CAPS, cujo processo foi totalmente dirigido por seus participantes.

Teria lhe chamado atenção também o fato de que eles se representariam de forma exagerada, histéricos e escandalosos, o que depois foi discutido em um encontro entre o grupo e a equipe multidisciplinar, que ressaltava que tal representação não condizia com a realidade, embora, os próprios pacientes muitas vezes afirmassem sentirem-se tristes e que *“não saíam de casa porque as pessoas viam eles assim”*. Segundo ela *“depois disso, eles passaram a se aceitar mais através da arte”*, daí uma das contribuições do fazer artístico, criativo, para a vida daquelas pessoas.

Segundo ela o grupo existe até hoje e possui uma fila de espera, sendo um dos mais cheios do serviço, cujas vagas são ocupadas por pacientes que possuem um perfil para a atividade e que compõem seu PTS, segundo um olhar compartilhado entre o usuário e a equipe técnica.

Outro destaque da coordenadora é a participação no concurso “Arte de Viver”, patrocinado pelo Governo Federal e realizado pelo Instituto Lado a Lado pela Vida. Recebendo inscrições de todo Brasil é voltado à pessoas com esquizofrenia ou transtorno bipolar, sendo a premiação dos três primeiros lugares feita em dinheiro, além da publicação de um livro com os cinquenta melhores trabalhos em poesia, desenho e pintura, entre milhares de inscritos de todo o país. Eles já teriam participado desse concurso por duas vezes com trabalhos de seus usuários publicados nas duas edições do certame em que concorreram.

O que para todos teria sido “*um incentivo muito grande*”, elevando a autoestima tanto dos trabalhadores do serviço quanto de seus usuários, configurando-se em estímulo aos processos criativos, ao fazer artístico, ao trabalho, à convivência, enfim, uma grande contribuição ao tratamento terapêutico desses pacientes, ela destaca.

Diz também que recebe uma verba mensal para a compra de materiais que são adquiridos para a realização das atividades terapêuticas, como as oficinas de artesanato – crochê, costura, pintura, entre outras – cujos produtos são vendidos e a renda voltada aos próprios pacientes que, em assembleia, decidem o melhor destino para esse pequeno lucro.

Para ela no processo de reabilitação psicossocial “*a família é extremamente importante*” e para estimular sua participação criaram um grupo voltado somente aos familiares, visto que com sua presença, mesmo não havendo cura apenas tratamentos para casos como os de esquizofrenia, “*a vitória é garantida*”, ressalta.

Neste grupo, coordenado por uma psicóloga, quando surge o assunto dos remédios, sua substituição ou o compartilhamento de diferentes experiências entre as famílias dos usuários, cuja ajuda é essencial para a estabilidade do paciente, orienta-se a família a comparecer ao grupo de medicação, coordenado por um farmacêutico e um enfermeiro.

A coordenadora reconhece que não possui uma tabulação do perfil sócio econômico de seus usuários, mas que pode perceber que “*a maioria dos meus pacientes têm um perfil sócio econômico mais baixo mesmo e um poder aquisitivo mais baixo*”, lembrando que há usuários com condições de vida melhores, que mesmo com convênios particulares, optam em ser atendidos pelo serviço público.

Sobre a fonte de renda e o trabalho de seus usuários, Marisa afirma que há alguns deles que, estabilizados, conseguiram voltar ao trabalho e hoje receberiam atendimento diretamente nas UBSs mais próximas de sua casa, bem como, outros pacientes conseguiram na justiça o direito a benefícios como o LOAS.

Lembra que, no entanto, há muitos deles que realmente não possuem condições para o trabalho, visto a medicação que devem ingerir todos os dias e que ficariam relegados ao subemprego, pois, muitos não se enquadrariam nas normas para recebimento de benefícios, mesmo sendo eles irrisórios e as famílias nitidamente necessitadas, com uma renda per capita muito baixa, lamenta.

Cláudia

“Falei muito, repeti os assuntos, teria muitas paginas pra contar. Foi um cenário incrível, rico.”

Por meio da pessoa do Ministério Público consegui também o contato de Cláudia, que no dia seguinte, logo após a entrevista com Marisa, conversou comigo e me contou que até poucos dias atrás era coordenadora de um CAPS III no município, durante muitos anos, também em Sorocaba, e devido à inúmeros acontecimentos, entre alguns fatos já tratados aqui, o lugar vem passando por constantes mudanças, não só de empresa gestora, mas também de seus funcionários.

Ela me encontrou para nos conhecermos em uma padaria que fica perto de sua casa. Conversamos durante mais de uma hora e ela me prometeu que marcaria um dia para que pudesse enfim gravar seu testemunho. O que se deu alguns dias depois, no dia 09 de maio, às 15h, em um café perto do lugar de nosso primeiro encontro. Pedi à ela que falasse de sua relação com a saúde mental e sobre a importância da arte na vida dos usuários do serviço.

Cláudia, que fôra desde estagiária à psicóloga e, mais tarde, coordenadora de equipe de um grande Hospital Psiquiátrico da cidade e de um CAPS III, possui mais de quinze anos de trabalho na área de saúde mental na cidade, experiência que ela revelou ter sido *“bastante intensa”*.

Muitas foram suas contribuições para o desenvolvimento dessa pesquisa, pois, foi a partir do contato com ela é que estabeleci relações com a equipe, usuários e familiares deste CAPS, além disso, ela traz à tona aspectos importantes do processo de desinstitucionalização psiquiátrica na cidade, apresentando elementos de uma estrutura social, econômica, cultural e política que se move lentamente, objeto de uma história em desenvolvimento.

Sua fala nos revela outras faces da questão como, por exemplo, a violência sofrida por ela e outras pessoas dos lugares onde trabalhou, contando que em um desses hospitais se mantinha uma espécie de cela forte à que chamavam de *“CAV- Centro de Apoio Vigiado”* tratava-se de um *“quarto fechado, onde pacientes agressivos que ofertavam risco permaneciam até ficarem mais calmos”*, o que nos remete à práticas do século XVIII, mesmo em pleno século XXI.

Ou, ainda, um importante aspecto político em direção às lutas pela cidadania quando narra a construção de uma rede de atenção psicossocial de forma compartilhada, por meio de diálogos e debates, relatando que participou “*de um grupo que era chamado de Colegiado de Saúde Mental*”, que mais tarde tornou-se o “*Grupo Condutor da RAPS*” no município.

O grupo discutia sobre melhorias para a saúde mental, o fechamento dos hospitais e a falta de recursos, sendo que em sua experiência ressalta que “*uma boa saúde se faz com recursos*”. Sua escassez precisa ser frisada, pois, “*a diária de um paciente no hospital era muito baixa para ter uma equipe, ter roupa, ter comida, ter remédio, minimamente, era muito pouco*”, destaca.

Isso nos demonstra sua percepção da grave crise enfrentada pelo setor e que também pode se relacionar aos relatos históricos de superlotação e de internações sem fim, por conta de interesses puramente econômicos, o que muitas vezes ocasionou as situações desumanas encontradas nessas instituições.

No entanto, o grupo era composto “*por integrantes da UPH, dos CAPS, do Hospital Geral, da Urgência e Emergência, toda uma rede*” e seus encontros itinerantes e realizados em distintos equipamentos que a compunham – UBS, SAMU, CAPS, e que essa rede teria sido “*a base para o funcionamento da desinstitucionalização*” na cidade.

Uma de suas críticas à constituição dessa rede é a falta de diálogo entre a Prefeitura e a Secretaria de Saúde do município e que muitas vezes há muita politicagem e pouco envolvimento com a política pública verdadeiramente. Ela ressalta também que há ainda uma negativa e constante troca de profissionais nos serviços, a falta de uma ESF - Estratégia Saúde da Família em todas as UBSs, além da escassez de recursos financeiros e humanos para essa forma de atenção especializada que são os CAPS.

Hoje ela frisa que a desinstitucionalização psiquiátrica foi um processo fundamental no município que historicamente registrou centenas de mortes em seus manicômios, já destacadas pelos estudos do professor Marcos Garcia, e que vivendo fora deles pode-se ressaltar que a “*mortalidade é menor*”, “*suas causas evidentes*” e as pessoas ganhariam “*visibilidade*”.

Entretanto, ela elabora algumas observações em relação ao processo de desinstitucionalização ocorrido na cidade com o fechamento dos seus diversos hospitais, dizendo que desde sua chegada, no ano de 2001, houve “*grandes mudanças com relação aos equipamentos de Sorocaba*” a que chama de uma desconstrução aleatória dos serviços, pois,

para ela a desinstitucionalização deveria acontecer de modo gradativo, o que em muitos casos aconteceu de maneira abrupta, como um rompimento, sabedora que *“nós somos profissionais, não somos da família, mas, são os únicos vínculos estruturados que eles têm.”*

Neste fechamento outra crítica ao processo é que em vários serviços *“o prontuário não acompanha as pessoas e as pessoas não acompanham seus prontuários”* o que leva as pessoas a contar suas histórias em cada lugar em que são atendidas, ou a falta de uma rede de informações sobre os usuários da saúde mental, o que também contribuiria para a construção de seu PTS, considerando seu histórico, pois, por falta desses prontuários, muitas pessoas se perdem de seus familiares, de sua história, o que seria uma das principais estratégias na desinstitucionalização, o resgate de histórias e de documentos, afirma.

Hoje, diz que, em parceria com as UBSs, procedem a um matriciamento, que funcionaria além da unidade do CAPS, quando a equipe discute o caso com a UBS de referência daquela pessoa, buscando a melhor forma de encaminhamento para ela. Hoje, há dois CAPS de referência para a saúde mental na cidade, que são o Alegria de Viver e o Arte do Encontro, retoma.

Ela acredita que um avanço é que atualmente as UBSs passaram a acolher integralmente pessoas com sintomas psíquicos ou emocionais, não os encaminhando diretamente para o CAPS ou para o hospital psiquiátrico, como no passado recente. Pois, ela possui a mesma percepção de Marisa no tocante ao atendimento prestado por estas unidades básicas de saúde, sugerindo que o paciente psiquiátrico seja visto como *“ser humano que tem o seu transtorno mental”* e deve ter suas queixas atendidas: *“isso é acolhimento”*.

Nesta experiência ressalta que a migração para Sorocaba em busca de tratamento e o abandono familiar teriam levado a cidade a receber o título de maior polo manicomial do Brasil, relatando que em sua época havia ainda oito hospitais em amplo funcionamento na região: 1) o Hospital Psiquiátrico de Pilar do Sul; 2) o Hospital Psiquiátrico Jardim das Acácias, que foi desativado gradativamente e passou a implantar CAPS; 3) o Hospital Mental Medicina, fechado à revelia sem a menor comunicação com a equipe; 4) o Instituto Psiquiátrico Professor André Teixeira Lima, fechado em 2015 após ser interditado por um vazamento no esgoto; 5) o Hospital Psiquiátrico Vera Cruz, que teria uma diretoria *“bem fechada”* ao diálogo; 6) a Clínica Psiquiátrica Salto de Pirapora; 7) o Hospital Psiquiátrico Santa Cruz, que também fica em Salto de Pirapora e 8) o Hospital Psiquiátrico Vale das Hortências, em Piedade.

Após passar um período como estagiária em um dos hospitais da cidade, seu primeiro emprego remunerado foi em um Hospital da região, no ano de 2001, localizado em Pilar do Sul e que “*estava em processo de fechamento*”, onde permaneceu durante um ano, até o encerramento de suas atividades e que, segundo ela, sua tarefa era justamente preparar os pacientes para sua transferência para outra instituição hospitalar.

Nesse processo um dos aspectos negativos levantados por ela é que para muitos desses pacientes a desinstitucionalização foi um rompimento de vínculos, em suas palavras: “*é muito triste para os pacientes, porque eles rompem vínculos, rompem rotinas, perdem pessoas, eles perdem objetos, eles perdem costumes*”. Ela teria acompanhado todo o processo e muitos deles teriam sido transferidos para outros manicômios da região como Salto de Pirapora e Piedade e que, ao final dessas transferências havia restado ali apenas cem pacientes, cujos “*quadros neurológicos eram bem graves*” e muitos deles eram cadeirantes, pessoas com paralisia cerebral e outros acamados que nunca saíam dos quartos, todos em situação de abandono pela gestão do lugar, relembra.

Ela retoma que esses dois hospitais estão em processo de fechamento à passos lentos e muitos desses pacientes estariam ainda hoje, em novembro de 2017, passando pela desinstitucionalização e muitos não passarão por esse processo, sendo encaminhados para a clínica neurológica.

Descreve o Hospital de Pilar do Sul como um lugar que “*era horrível*”, pois, várias alas tinham sido desativadas e apenas duas delas continuavam em funcionamento: “*corredores imensos e gelados, num extremo a entrada e a administração e grandes corredores, onde dormiam, no outro extremo, local onde se realizava as atividades, refeitório.*”

Como parte de sua tarefa ali teria criado projetos que buscavam a inserção desses pacientes no convívio social com a realização de atividades que os colocassem em contato com a comunidade e seu território. Ela relata, no entanto, que a administração do lugar era realizada por empresários que sequer viviam na cidade e havia escassez de recursos para qualquer atividade proposta pela equipe, que ela considerava competente.

Lembra também que ali teria tido contato pela primeira vez com a morte de um paciente, e que ao longo da sua carreira foram muitas, o que a deixou bastante chocada, pois, ele teria morrido durante uma das atividades realizadas no Hospital e promovidas por sua equipe de trabalho.

Sua maior *“contribuição nesse processo de fechamento”* teria sido a elaboração de relatórios completos e detalhados sobre a situação de cada um deles para que fossem acolhidos em outras unidades com a maior gama possível de informações, buscando *“colaborar para a adaptação deles no novo espaço”*.

Voltou mais tarde para Sorocaba e entre os anos de 2002 e 2014, trabalhando durante doze anos naquela instituição, foi de psicóloga à coordenadora de equipe. É nesta época que ela relata que de fato passou a conhecer a *“rede de saúde mental de Sorocaba”*, que era composta por quatros hospitais psiquiátricos: Teixeira Lima, Vera Cruz, Hospital Mental e Jardim das Acácias, ao passo que no período *“não existiam vários CAPS no município e existia um ambulatório de saúde mental”* e pouco antes de sua chegada, em 2001, teria sido inaugurado o CAPS Teixeira Lima e aí começaram a abrir os CAPS, que hoje seriam sete, no total: *“três CAPS Infante Juvenil, dois CAPS III e dois CAPS AD, equipamentos estratégicos, que não são suficientes para a demanda do município”*, destaca.

Em 2010 teria sido promovida *“à coordenadora de equipe técnica”* e passou a desenvolver projetos que considerava relevantes para a reabilitação psicossocial de seus pacientes como visitas da comunidade aos internos e compras na cidade com o uso de seus benefícios adquiridos pelo LOAS, período que ela constatou muita evolução de seus pacientes, mas que, apenas aproximadamente setenta dos moradores possuíam essa fonte renda.

A questão do ócio era também combatida pela equipe que passou a realizar atividades de terapia ocupacional para estimular o hábito do trabalho artístico, compreendendo que esse fazer era essencial para a tarefa de reabilitação psicossocial de seus pacientes. Ela recorda-se que havia alguns deles que eram agressivos ou violentos, o que deveria corroborar para a ideia de periculosidade do paciente psiquiátrico, e que havia no lugar pelo menos dois deles que *“quebravam tudo, quebravam lustre, torneira, porta, farol de carro, quebravam tudo”*. Mas que, no entanto, encontraram em atividades como o artesanato, muitos momentos de estabilidade e equilíbrio.

Uma observação importante que ela faz é sobre o fato de que nem todos os trabalhadores da saúde mental compactuavam com maus tratos e devem ser rotulados por isso, pois, a seu ver, sua equipe não possuía tais práticas, mesmo sendo o fechamento do Hospital uma ameaça constante. Nessa mesma época nasceram as residências terapêuticas

geridas pela mesma equipe daquela instituição, que ela implantou e acompanhou de perto, período que considerou *“muito positivo”* em sua prática profissional.

Ela destaca que no período de sua coordenação construiu duas Residências Terapêuticas, buscando orientação junto à equipe do Jardim das Acácias que já tinha essa prática, mas que, essas residências não foram cadastradas ou reconhecidas pelo Ministério da Saúde, o que teria impossibilitado ao grupo a abertura de novas casas como essas.

Para ela a instituição era reconhecida por ter suas portas sempre abertas, era humanizado e falava abertamente de suas dificuldades, além de acolher estagiários e médicos residentes, sendo que na época se posicionava contra o fechamento desses hospitais, pois, preocupava-se com aqueles que não teriam condições de serem acompanhados pelos CAPS.

O único Hospital que restou no município e que tornou-se polo de desinstitucionalização foi o Vera Cruz, que *“recebeu os últimos pacientes do Jardim das Acácias, todos do Mental, uma parte do Teixeira Lima e todos os que já estavam lá”*, chegado a comportar mais de seiscentas pessoas para desinternação, mesmo sendo considerado *“o pior e mais desumano de todos”*, diz.

Já como coordenadora de um CAPS III, ela relembra que em novembro de 2014 iniciou suas atividades chegando em um período que ela classificou como *“conturbado”*, pois, a antiga coordenadora teria sido demitida e a equipe não a aceitava bem. Preparada para a rejeição daqueles que eram contra uma pessoa de Hospital Psiquiátrico na coordenação de um serviço de portas abertas como um CAPS, enfrentou as dificuldades e estabeleceu ali um trabalho que durou pelos anos seguintes.

Conta que encontrou dez “RTs” implantadas e durante sua gestão teria acompanhado a chegada de pacientes que vinham do Hospital Vera Cruz e implantado mais cinco delas, sendo responsável por essas quinze residências terapêuticas, bem como, pela coordenação do CAPS, e destaca que há muitos anos no serviço percebeu que muitos de seus usuários eram pessoas que *“circulavam internados pelos hospitais psiquiátricos”*, revelando que muitos deles teriam passado pelo Hospital Psiquiátrico em que trabalhou.

Considera que *“o mais importante em um CAPS são as atividades terapêuticas”*, práticas expressivas, comunicativas e corporais, que dariam vida ao ambiente, relatando que, em sua época, eles atuavam com cerca de vinte e cinco oficinas, baseadas em questões internas ou do território - cinema na TV, passeio ao cinema com os profissionais, atividades manuais, estímulo para participação em atividades fora do CAPS, entre outras.

Relata ainda que houve uma época em que o número de funcionários era capaz de proporcionar a realização de um AT – Acompanhamento Terapêutico – que seria muito mais individualizado e que ao longo do tempo isso se tornou impraticável, pelo aumento da demanda e pela diminuição de recursos.

Observa também que muitas das atividades desenvolvidas no CAPS de sua gestão deviam também dar conta de *“trabalhar muito a autonomia de um usuário que veio de um hospital psiquiátrico e que não sabe nem ligar um chuveiro, para que eles tivessem uma vida normal em casa”*, cujo trabalho junto às equipes das RTs devia ser de acolhida permanente, as quais dependiam muito da existência e apoio do Centro, aponta.

Como coordenadora ressalta que recebeu muitos egressos desses hospitais psiquiátricos e que hoje os vê participando da vida social, o que revela a importância desse processo de desinstitucionalização psiquiátrica na inserção dessas pessoas na comunidade.

Um elemento crucial sobre o perfil socioeconômico de seus usuários é importante ser destacado da fala de Cláudia, pois, vai ao encontro do postulado de ativistas como Basaglia que tratam do combate à pobreza como o combate à loucura e as relações entre elas, afirmando:

não existe uma pesquisa epidemiológica, eu entendi que o CAPS Arte do Encontro tem os casos mais graves, porque ele é referência para bairros com uma condição socioeconômica, cultural inclusive, mais carente e isso nos mostra que a população mais carente têm menos recursos para o acesso: não fizeram tratamento logo, tiveram mais crise logo, foram internados mais vezes, logo sofrem rejeição, apanham em casa, enfim, e acabam se tornando mais tarde usuários mais graves.

O que nos remete também à fala de organizações como a OMS que apontam que populações carentes tem menos acesso à saúde, muitas vezes, por falta de coesão familiar ou mesmo de informação, pois, o serviço não é conhecido, expressão de seus poucos anos de existência.

Como gestora nos conta que não havia recursos para o investimento em práticas expressivas, comunicativas e corporais e que o trabalho desenvolvido durante muito tempo no CAPS contava com parcerias com as residências multiprofissionais, médicas e de estagiários, destacando que houve um período que havia muitas atividades terapêuticas, mas que *“não eram mantidas pela prefeitura ou pela empresa terceirizada”*.

Mesmo assim, cita o caso de um paciente muito agressivo que quebrava tudo à sua volta, vivia agitado, e que se utilizaram de várias estratégias para recuperarem seu equilíbrio e

auto controle, investindo nos vínculos afetivos e nas atividades expressivas, como a pintura, em que ele se destacava, chegando inclusive a realizar uma exposição de suas telas.

Fala ainda do grupo livre *“arte e leveza”* em que as pessoas possuíam seus materiais diversos - para crochê, pintura, bordado, entre outros – separados por sacolinhas que ficavam no serviço, cujo intuito era estabelecer o convívio social.

Nesse sentido, havia também uma oficina de música, que ainda acontece todas as quartas-feiras, na qual realizei meu trabalho de campo com a observação participante na atividade durante todo o mês de julho desse ano, experiência que relatei aqui e que a fala de Cláudia vem a confirmar minhas impressões: *“é uma oficina que enche bastante, falam um pouco, cantam, falam sobre a música e tocam e acontece bastante coisa nessa oficina, é uma das oficinas que mais surtiram efeito. A troca espontânea.”*

Cita ainda uma oficina chamada *“fazendo cena”* voltada ao teatro, grupo fechado que ela classificou como muito produtivo e que infelizmente com a saída da técnica responsável findou-se o trabalho, que mais tarde será lembrado por Laura, usuária que entrevistei e que relembra sua participação nessa atividade.

Destaca que as oficinas de culinária, futebol, jornal caminhada, psicoterapia, poesia e papel machê, atividades em grupo que aconteciam paralelamente à *“ações mais individualizadas”*, como o de dois usuários que eram responsáveis pela horta da casa como parte de seu projeto terapêutico singular – PTS, relembra também o caso de um deles que participava da oficina de música e tinha grande desenvoltura na linguagem: canta, toca, compõe e dança, sendo que nos períodos em que ele era convidado para uma apresentação ficava muito bem, destaca. Ela fala de Ronaldo, outro usuário do CAPS que entrevistei nessa pesquisa.

Segundo Cláudia, ela teria vivenciado inúmeros casos de pessoas que atravessavam momentos de crise e com foco na arte conseguiram reestabelecer seu equilíbrio, pois, o sujeito mergulharia em um *“contexto onde pratica alguma coisa favorável, agradável, que ele vai ter uma recompensa minimamente pessoal, de olhar aquilo que ele fez”*, cuja impressão podemos relacionar a importância do estímulo aos processos criativos, à criatividade, sendo que ela acredita ainda na valorização do produto final como forma de contribuir também com sua auto estima. Para isso tinham ali um espaço destinado à realização de exposições dos materiais produzidos nessas oficinas.

Há uma aproximação entre o postulado de Nise da Silveira e as impressões de Cláudia, quanto às forças autocurativas que a arte pode evocar, movendo-se em direção da consciência e da realidade, pois, nas palavras de quem tem mais de quinze anos atuando junto à área da saúde mental a arte favorece os processos de reabilitação psicossocial, pois:

[...] ajuda a aquietar um pouco, não a crise, mas, o espírito, se você está ansioso, você está entediado, está bravo, você está assim chateado com qualquer coisa e se você inserir essa questão de arte você modifica um pouco aquele estado emocional, que você está naquele momento, colocando uma outra coisa favorável naquele lugar.

No entanto, também relata outros episódios de violência que teria sofrido no CAPS sendo agredida por um usuário que queria ir embora para sua casa no dia do plantão de natal, cena que se repetiu com outros trabalhadores e usuários ao longo de sua carreira, cujo paciente tinha que ser contido pelos enfermeiros. Até o dia em que ele ateou fogo ao Centro e teve que ser novamente internado no Hospital Ver Cruz, o que para equipe configurou-se como um decepcionante retrocesso em um caso de desinternação.

Ao mesmo tempo, com toda sua experiência, afirma que um Centro *“permite que você olhe profundamente para pessoa”*, em todos os sentidos: familiar, social, financeiro, emocional, considerando o sonho das pessoas, daí sua grande importância como ponto estratégico de atenção psicossocial, além de revelar a importância do trabalho de uma equipe multidisciplinar, muitas vezes alijada de profissionais como educadores e artesãos, ressaltou.

Ela destaca que *“hoje não tenho dúvidas de que esse é o caminho e que, conforme posso constatar pela nossa realidade atual, sempre haverá grandes dificuldades na saúde, na educação, no sócio econômico”*. Entretanto, ela pondera que *“o Poder Público passe a reconhecer esses serviços, controlando quem faz a gestão financeira deles. E mesmo na ausência dos grandes recursos, lembro que sempre há medidas que podem ser tomadas, dando vida a quem lhes foi tirada”*, finaliza.

Ronaldo

“...para mim a arte não tem fim...”

É a partir de Cláudia que tenho contato com Ronaldo, pois, ele seria uma personagem importante nessa história, sendo ele uma pessoa que teria profunda relação com o mundo das artes. Tentei contato com ele inicialmente por meio de uma rede social. Dias se passaram e nenhuma resposta. Então em uma tarde de sábado, no centro da cidade, o encontro e imediatamente o abordei e falei sobre meu trabalho e ele aceitou me conceder uma entrevista prontamente, o que aconteceria no dia seguinte, no domingo.

No entanto, entrei novamente em contato com meu colaborador que naquele dia desapareceu. Não desisti e por meio dos contatos virtuais consegui que marcássemos uma conversa com ele e sua mãe, Sueli, que o acompanharia, e que viria a ser também uma participante dessa pesquisa.

Outras duas grandes contribuições de pessoas que fazem parte dessa rede e são ligadas a um dos CAPS III de Sorocaba, vieram de um usuário, Ronaldo, e sua mãe, Sueli, que sentem na pele as dificuldades enfrentadas pelas pessoas com transtornos mentais e nos contam sobre a importância da arte em suas vidas e o tratamento encontrado no CAPS que frequentam.

Em uma tarde de domingo, às 16h, no dia 04 de junho, me encontrei com eles em uma praça perto do Estádio Mineirão. Ronaldo estava com seu violão e começamos nossa conversa e pedi a ele que me contasse sobre sua relação com a saúde mental e a importância da arte em sua vida.

Ronaldo diz que sua vida foi difícil, pois, *“depois que eu descobri que eu tinha esquizofrenia eu vi que minha vida ia acabar”*, transtorno que ele chama de *“problema”*, que lhe causava uma grande angústia e medo, nos revelando o peso do estigma que recobre o termo.

Ainda em sua infância teve contato com as linguagens artísticas e teria frequentado aulas de violão e pintura, que mais tarde tornaram-se a principal forma de expressão de seus sentimentos e ideias, destacando que desde muito jovem era *“criativo”*, o que exercia sobre

ele um poder transformador, pois, assim como ensina Fayga Ostrower, viver e criar se interligam: *“porque eu quero criar mais, por que a arte é algo infinito, nunca acaba, para mim a arte não tem fim”*.

Mas, é em sua vida adulta que ela se tornou fundamental em seu tratamento terapêutico, apontando que a prática artística em sua vida é essencial, uma forma de libertação, sendo que por meio da arte, ele conta, *“comecei a desenvolver minha criatividade”*, sentindo-se valorizado como ser humano e apto à conquistar seu espaço como protagonista de sua história, apontando como esse estímulo é capaz de contribuir imensamente para seu processo de reabilitação psicossocial. Ele mesmo ressalta ainda que a *“arte transforma, ela cura muitas vidas”*, pois, acredita que uma cura para seu transtorno se daria por meio da arte *“a cura vem através da arte, a arte é minha cura”*, associando o termo à palavra cura, como fazia Nise da Silveira.

Ele escreve músicas em português, inglês e espanhol; desenha e cria textos para suas histórias em quadrinhos, além de executar pinturas, formas de arte que, segundo ele, são inspiradas em sua própria vida, capaz de inspirar também outras pessoas, levando à elas *“uma mensagem positiva”*.

Sua capacidade e habilidade artística lhe possibilitam que ele escreva suas histórias e as complemente com trilhas sonoras que também são criadas por ele, como a canção *“Nuestro amor és um sueño”*, composição especialmente feita para *“Ronaldo Lover Viollet e o medo de amar”*, história em quadrinhos que ele chegou a publicar e a realizar um lançamento oficial desse impresso.

Conta que o lançamento aconteceu na UNIP, durante a semana de psicologia, de um curso que funciona naquela instituição, cujo evento foi bastante prestigiado pela comunidade, ressaltando que a publicação contou com o apoio da Prefeitura Municipal. Ele revela ainda que já possui uma nova história escrita e que ele pretende realizar o lançamento em breve, cujo projeto faz parte de sua vontade de trabalhar com arte e apresentar-se não só em Sorocaba, mas, em outros lugares do país, revela.

Relata ainda que frequenta um CAPSIII há três anos, desde 2014, e considera que ali possui muitos amigos, citando os nomes de pessoas que trabalham no lugar e que teriam sido muito importantes em sua trajetória e que todas elas o teriam ajudado muito, ajuda sem a qual ele acredita que se perderia *“se não fosse o CAPS eu não sei o que seria de mim”*, o que pode nos demonstrar a importância do serviço para a vida de seus usuários.

A prática artística é de suma importância em seu Projeto Terapêutico Singular – PTS, sendo que no CAPS ele teve a oportunidade de apresentar seu trabalho e também de participar das oficinas propostas pelo Centro, como a oficina de teatro, dança, pintura e música, que aconteciam ali e que, segundo ele, *“todo medo que eu tinha, foi indo embora, porque foi através das oficinas, das terapias que tem lá que eu decidi mudar minha vida”*, o que nos remete à importância dessas práticas para os usuários da saúde mental.

Além disso, o Centro, sob a coordenação de Cláudia, promoveu inúmeras atividades que levam em conta recursos do território onde se encontra, estabelecendo parcerias com instituições locais, em eventos ligados à saúde e à luta antimanicomial, quando ele era convidado a representar a instituição com suas canções.

Ronaldo conta que frequenta o CAPS pelo menos três vezes por semana e que ali há diversas atividades, que muito contribuem para o projeto terapêutico de seus usuários, tais como: psicoterapia, relaxamento, música, futebol, culinária, poesia, desenho, de exploração do território, entre outras.

Além disso, relembra que ali atendia um médico psiquiatra chamado R., que também tocava instrumentos de percussão e que o teria incentivado muito a apresentar-se como músico, sendo para ele uma forte influência, inclusive incentivando-o a criar uma dupla com sua amiga Laura a “Totalmente Loiras”, com quem se apresentou muitas vezes, tanto dentro quanto fora do CAPS.

Um benefício que considera importante é o de poder frequentar gratuitamente o cinema de um dos shoppings da cidade, benefício concedido pela empresa e que, infelizmente, não existe em todas as cidades, frisa.

No entanto, diz que sofreu *“muito bullying na infância”*, configurando-se como um momento conturbado em sua vida. O mesmo ele teria sofrido durante toda sua vida escolar, conta. Ao mesmo tempo percebe que entre ele e a sociedade há divergências, pois, pensariam de formas diferentes, o que lhe causa certa dificuldade em socializar-se, e que mesmo assim, ele busca maneiras disso acontecer. Segundo ele, as pessoas o veriam com medo e ele frisa que *“eu não sou uma ameaça, eu não sou perigo algum para a sociedade”* o que pode dizer muito sobre aquela ideia da relação entre as pessoas com transtornos mentais e a periculosidade que elas apresentariam.

Segundo ele falta respeito da sociedade em relação às pessoas com esquizofrenia, ressaltando que possui seus direitos como ser humano, seu direito à vida, ao trabalho, a não

ser visto como um *“doente”*, revelando que *“as pessoas têm muito preconceito, em certos lugares as pessoas se incomodam com a minha presença, às vezes acham que eu estou fazendo papel de louco, que tudo que eu faço parece que eu sou louco”*.

Lembra também do caso do jovem auxiliar de enfermagem que foi assassinado em uma Residência Terapêutica recentemente, cujo caso apresentei anteriormente, o que teria se refletido negativamente junto à comunidade sobre os usuários da saúde mental, finaliza.

Sua relação com a família é fundamental, nos contando que *“eles foram muito presentes na minha vida”*, dando-lhe grande apoio em seu tratamento, participando de sua vida, cuja figura da mãe, Sueli, é essencial para seu equilíbrio, diz.

No entanto, a perda do pai lhe teria causado grande trauma na adolescência, o que lhe traria inúmeros problemas, inclusive na escola, onde inventava histórias e discutia com seus professores, brigava com outros alunos. Mesmo assim, conseguiu concluir o ensino médio e pretende fazer um curso de graduação: *“eu pretendo voltar a estudar porque eu quero trabalhar, ter uma profissão, ter um lugar, ter um espaço para mim e ser a diferença para aqueles que também querem ser como eu”*, cujo desejo é tonar-se um terapeuta ocupacional e também uma referência para outras pessoas como ele, reforça.

Destaca que o CAPS oferece atualmente poucas atividades expressivas, comunicativas e corporais, afirmando que gostaria que ali houvesse também oficinas de teatro e violão, pois, muitas pessoas desistiriam de frequentar o Centro pela falta de atividades que os motivassem à frequentá-lo, visto que, para ele as atividades artísticas são fundamentais contra um tratamento medicamentoso, pois, para ele, a arte seria capaz de transformar as pessoas.

Aponta que no CAPS há muita burocracia e que muitas das oficinas deixaram de acontecer por falta de recursos, além de que, em sua visão, o lugar tem uma gestão desorganizada e que há inúmeras trocas de trabalhadores, o que ele considera ruim para seu tratamento, registrando que em uma gestão anterior havia ali inúmeras atividades e profissionais competentes, percepção que já tinha sido apontada por Cláudia.

Pois, ele ressalta que essas trocas prejudicariam também seu PTS, segundo ele, *“muitas vezes a gente perde a visibilidade das terapeutas, dos psiquiatras, às vezes até do médico”* que acabariam interferindo negativamente em sua reabilitação. Aponta também que para a oficina de música não há violões e que os próprios usuários devem levar seus instrumentos para que a atividade aconteça, além disso, ele gostaria de sentir-se valorizado de modo a ministrar uma oficina de violão para os demais usuários em tratamento como ele.

Lembra ainda que *“o CAPS deveria fazer oficinas que são fora deles, não dentro deles, deveria fazer atividades em outros lugares da cidade”*, o que nos remete à questão da articulação com os recursos do território em que o Centro se encontra, bem como, gostaria de entrar em contato com outros usuários e unidades dos CAPS da cidade.

A consciência da realidade que enfrenta é grande e, como usuário da saúde mental ele prega que *“tenho consciência de que tenho meus direitos como cidadão, da parte social, as pessoas do CAPS tem o direito de ter uma vida digna, de ter boa alimentação, eles têm direito ao ônibus, direito ao acesso, ter direito ao trabalho, aos estudos, às oportunidades de emprego”*, colocando novamente a problemática do estigma que carregam.

O jovem aponta uma das dimensões da reabilitação psicossocial em que o CAPS não atua, que é o trabalho, e como afirmou inúmeras vezes gostaria de ter uma oportunidade: *“acho que o CAPS deveria ter formas de ajudar no seu primeiro emprego, no primeiro trabalho”*, o que lhe permitiria possuir renda e sustentar-se por si mesmo, o que não acontece na maior parte dos casos, ele destaca.

Assim como ele, muitos outros usuários não conseguiram benefícios ou aposentadorias e que isso acaba também por fazer muita falta, arrastando muitos deles para situações de pobreza, em suas palavras: *“aquelas pessoas que estão se tratando e precisam de dinheiro, de geração de renda, o trabalho seria muito importante.”*

Alguns dos medicamentos que ele utiliza são de alto custo e não seriam distribuídos pelo governo, além disso, ele acredita que a quantidade e as dosagens desses fármacos deveriam diminuir, pois, para ele, a forte medicação intervêm muito na vida das pessoas, que ficariam impossibilitadas de realizarem inúmeras atividades por conta dos efeitos colaterais causados por ela e os médicos deveriam *“saber que o paciente tem que ter autocontrole, tem que ter coordenação motora para trabalhar”*, critica. Ele revela ainda que acreditaria atualmente mais no tratamento medicamentoso que nas atividades terapêuticas visto que elas não estariam acontecendo à contento, o que seria muito mais vantajoso para todos os usuários, finaliza.

Sueli

“Eu acho que poderia ser melhor”

Como parte dessa rede, na mesma tarde de domingo, 04 de junho, em que conversei com Ronaldo consegui o precioso testemunho de sua mãe, Sueli, que o apoia em seus sonhos, além de ser terapeuta, o que muito contribui para que ele tenha cuidados e uma melhor atenção que ela pode lhe proporcionar.

Sueli é massoterapeuta há vinte e seis anos na cidade de Sorocaba. Sempre preocupada em se atualizar e se aprofundar em sua profissão permanece sempre estudando e como terapeuta atua com processos de reabilitação física e mental. Foi casada com um homem que era esquizofrênico e com ele teve quatro filhos, dois deles diagnosticados com esquizofrenia, dentre eles, Ronaldo, que segundo ela, é o único que enfrenta as crises desse transtorno.

Trabalhando muitas horas por dia, criou seus filhos e netos, tornou-se maratonista, esporte que a teria ajudado muito no enfrentamento de seus problemas em relação ao preconceito da família e à esquizofrenia dos filhos.

Ela afirma ser *“muito importante a gente falar sobre a esquizofrenia porque a sociedade ainda não está preparada por falta de informação”*, o que procurou assim que o filho mais novo teve suas primeiras crises. Essa falta acarreta ainda, como ela diz, o fato de que as pessoas parecem ficar preocupadas ao os identificarem pelas ruas da cidade, o que representaria simbolicamente o estigma da periculosidade do paciente psiquiátrico e que nossa sociedade deveria *“abraçá-los”*.

No entanto, ela sinaliza que muitas pessoas do seu círculo de trabalho, ligadas à saúde, adquiriram ao longo dos últimos anos a consciência das dificuldades enfrentadas por um usuário da saúde mental, sensibilizando-se para a problemática.

Um dos pilares para o sucesso do tratamento em saúde mental, ela reforça, é a participação da família no processo de reabilitação psicossocial, sendo necessário o envolvimento de todos os que convivem com essas pessoas, como ela mesma frisa: *“eu conscientizei minha família de que nós tínhamos um filho especial, que o irmão era especial e*

que eles tinham que entender. Então hoje meu filho, meus tios, meus irmãos, todos eles adoram o Ronaldo”.

Observa que muitos pais e familiares não acompanham o cotidiano e o tratamento de seus filhos e parentes, o que ela faz questão de fazer, inclusive pesquisando sobre o transtorno, as formas de tratamento e sobre a medicação utilizada.

Como mãe presente no tratamento de Ronaldo, nos conta que o acompanha nos momentos importantes de sua vida e que essa participação contribuiria muito para superar as dificuldades, inclusive buscando prepará-lo para que se torne independente, visto que seu marido já é falecido e ela preocupa-se com o futuro do rapaz acometido pela esquizofrenia.

Ela ressalta que procura não diferenciá-lo dos outros filhos e que a educação oferecida por ela é igual para todos eles, lhe impondo limites e regras e incentivando-o a trabalhar e a realizar as atividades da vida doméstica: *“ele é igual o irmão, igual a irmã, essa é a verdade”*, reafirmando que respeito e amor são essenciais para o tratamento das pessoas com transtornos mentais, bem como, nos lembra que o trabalho é uma forma de terapia.

Como expressão desse respeito estaria a dedicação em manter o filho esteticamente apresentável, seguro e bem alimentado, o que o diferenciaria de muitos dos outros usuários dos CAPS, o que implicaria na rejeição por parte da sociedade, visto que muitas dessas pessoas, são completamente abandonadas pelas famílias, em suas palavras: *“o paciente não penteia o cabelo, não se arruma. O Ronaldo não. Ele está sempre com o cabelo bem cortado, faz barba, tira sobrancelha. Esteticamente ele está bem...”*, lembrando que esse investimento se dá com seus próprios recursos, pois, trabalha até doze horas por dia para poder manter as necessidades do filho, inclusive com a compra de medicamentos de alto custo que não seriam fornecidos pelo governo.

Uma consequência do preconceito enfrentado por essas pessoas seria a falta de oportunidades educacionais e profissionais, visto que ela observa que o filho possui competências e habilidades diversas, como a proficiência em línguas estrangeiras, pois lê e escreve em inglês e espanhol, toca instrumentos musicais, pinta e desenha e, sendo assim, a doença não deveria tirá-lo de uma vez do meio social, ressalta.

A mãe questiona que mesmo estando estabilizado e com a medicação controlada e que, mesmo competente, não tem oportunidades de trabalho, pois, as pessoas acreditariam que aquele que necessita de medicação psiquiátrica não seja capaz de trabalhar, afirma. Para ela o trabalho seria ferramenta essencial para a dignidade humana frisando que *“o ser humano*

parece se sentir melhor com trabalho” e que para ela *“depressão se cura com trabalho e com convivência familiar, amigos. Isso é a cura.”*, apontando para o trabalho como uma forma de convívio social, tanto forma de geração de renda, quanto de terapia.

Ela nos conta ainda que Ronaldo mesmo com dificuldades concluiu o ensino médio e foi aprovado em um concurso vestibular em uma faculdade da cidade e que se *“ele lava, ele cozinha, ele pinta, ele toca violão, ele faz aula de canto, ele entrou numa faculdade. Ele não pode trabalhar se ele entrou na faculdade?”*, ao mesmo tempo, ela se queixa da falta de investimento em oportunidades de profissionalização dessas pessoas e pergunta: *porque o governo não dá ajuda na área de dar bolsas para eles estudarem?*, o que para ela contribuiria muito para diminuir o preconceito e o ingresso no mercado de trabalho.

Sueli nos revela que para o filho seu maior trauma seria a impossibilidade de frequentar um curso de graduação, visto que seus primos mais próximos conseguiram formar-se e trabalham e, assim que ele estiver estabilizado, irá incentivá-lo a efetivar a matrícula no curso, que agora encontra-se trancada, pois, ele atravessaria hoje um momento de crise.

Muitas vezes discutiu com os médicos psiquiatras que atendem seu filho, visto que a medicação seria muito forte para ele, pois, ela acredita em alternativas ao forte tratamento medicamentoso, como a massoterapia e a auriculoterapia, que aplica também em seu próprio filho, o que muito contribuiria para o sucesso de seu tratamento, relembra.

Além disso, acredita na arte como alternativa fundamental na trajetória de Ronaldo, que desde muito cedo, aos nove anos, já teria tido contato com as linguagens artísticas, primeiro frequentando aulas de pintura e depois de violão, o que mais tarde teria sido essencial na melhoria de sua qualidade de vida.

Ela ressalta que por meio de suas telas ela consegue também identificar o estado em que o filho se encontra, de acordo com as pinturas que ele realizava. Além disso, a música teria sido responsável pela sua recuperação, pois, com seu violão, instrumento inseparável ele encontraria uma forma de expressão capaz de integrá-lo socialmente e de lhe proporcionar independência, como em suas palavras: *“ele fala assim, mãe eu vou lá cantar para os pacientes. Você já viu isso? Um paciente falando que quer dar aula para outros pacientes? Que vai lá para cantar para os pacientes.”*

Como forma de socialização e convívio a arte para ele é fundamental, como diz Sueli: *“é um prazer quando ele chega, porque o Ronaldo já chega de violão na mão”*. Além disso, o ajudaria muito na concentração e como forma de estabelecer planos e projetos de vida,

dizendo que seu filho tem o desejo de realizar uma grande exposição de suas pinturas, o que seria inteiramente subsidiado por ela, visto que o CAPS, não possuiria recursos e tão pouco investe nessa forma de tratamento, o que poderia ser para ele também uma forma de geração de renda, frisa.

Além da falta de recursos para aquisição e insumos como telas e tintas, ela afirma também que não está satisfeita com o atendimento aos familiares oferecido pelo CAPS III do qual o filho é usuário, enfrentando dificuldades em ser atendida pela equipe do lugar, bem como, ressalta que vem sendo feitas inúmeras mudanças desses trabalhadores, o que seria desfavorável para o tratamento dos pacientes, que romperiam vínculos, destacando o quão importante é a relação de confiança entre o profissional e o usuário e que, ao longo dos três últimos anos, Ronaldo teria sido atendido por pelo menos três diferentes psiquiatras.

Essa mudança também seria um fator negativo para os cuidados e a atenção oferecidos, visto o desconhecimento do profissional sobre a vida do usuário, apontando que, muitas vezes, posicionou-se contrária ao aumento das dosagens dos remédios sugerida pelos médicos, pois, aposta em terapias alternativas, afirma.

Ela concorda com a necessidade de fechamento dos antigos hospitais psiquiátricos, mas, relembra que *“o CAPS ainda não está preparado, não tem uma estrutura boa”*, citando o caso do trabalhador assassinado em uma Residência Terapêutica, de responsabilidade do mesmo Centro que seu filho frequenta, apontando que a falta de profissionais e o abandono familiar podem ter sido fatores responsáveis pelo trágico incidente.

Diz ainda que a alimentação oferecida pelo CAPS aos usuários que participam das atividades seria inadequada, que há falta de profissionais, materiais e recursos e que, atualmente, também não se oferecem atividades diferenciadas como em anos anteriores, pois, como voluntária, ministrou atividades terapêuticas como tratamentos estéticos gratuitamente aos demais usuários, projeto que não teria encontrado ressonância no serviço e que já não acontece mais.

Aponta que a família não tem sido convidada a participar do cotidiano dos usuários dos CAPS e que seriam poucas as oportunidades para essa participação, visto que, *“não há um projeto dentro do CAPS onde os psicólogos possam conscientizar as mães, os pais e, até mesmo, os irmãos, avós”*, critica.

Assim como Nise da Silveira acredita que as terapias alternativas a um tratamento medicamentoso e de reclusão seriam até mesmo mais viáveis economicamente aos governos,

que investiria grande parte de seus poucos recursos na aquisição de medicamentos de alto custo, disponibilizados aos pacientes em suas farmácias, diz. Para ela essa forma de tratamento “*não é a saída*” o que seria representado pelas formas alternativas de tratamento, como a arte, mas que isso se torna impossível pela falta de terapeutas ocupacionais e de psiquiatras nesses CAPS.

Consciente do importante papel da família no tratamento psiquiátrico, conta que inúmeras vezes posicionou-se contra os próprios médicos que, segundo ela, receitam aos pacientes doses altíssimas de remédios, que sem acompanhamento da família, tornariam-se pessoas inutilizadas, apáticas, “*vão medicando, medicando, daqui a pouco você chega lá e estão todos dormindo, babando. Isso é errado. Eles são seres humanos*”, ressaltando que ao perceber a potência da medicação questionava: “*doutor, não dá para diminuir?*”

Ela revela que desobedecia as ordens médicas e por conta própria diminuía as doses receitadas, investindo em outras terapias que não o deixassem isolado do mundo, como ela mesma diz: *vamos passear Ronaldo? Vamos lá para casa da família? Vamos para a chácara? Vamos em algum lugar?*

Além disso, registra que a falta de profissionais nos CAPS como psiquiatras e psicólogos prejudica o tratamento que não é feito de forma individualizada, visto a grande quantidade de pessoas a se atender, o que corrobora com afirmações da OMS sobre a falta de atenção especializada nos países mais pobres.

Outra dificuldade apontada por ela é a de se obter um benefício que os ajude em sua sobrevivência, pois, ao completar vinte e um anos, teve a pensão do pai suspensa pelo INSS e que teria recorrido à benefícios como o oferecido pelo LOAS, o que até agora não teria conseguido, como ela afirma: “*outros benefícios como LOAS é dez meses só para agendar, dentro de dez meses ele tem que tomar água, tem que se vestir, tem que estudar, tem que fazer curso, tem que ir na terapia, tem que ter tênis, tem que ter sapato*”, reclama.

Laura

*“quando estou desenhando me sinto bem,
uma pessoa viva, viva de verdade”*

Dias mais tarde, em plena realização do trabalho de campo, quando tive contato com Laura, pedi á ela que me concedesse seu testemunho em uma entrevista sobre sua relação com a saúde mental e a importância da arte em sua vida, o que ela me respondeu no dia 19 de julho, às 16h, na mesma praça em que entrevistei Ronaldo e sua mãe.

Sendo assim, Laura conta que assumiu esse pseudônimo “B.” como expressão de sua beleza, frisa, e que começou a frequentar os CAPS por ter uma constante mudança de humor, que se irritava com facilidade e sentia uma raiva interior muito grande e por isso decidiu procurar o serviço aos vinte e sete anos, há quase oito anos, relembra.

Nascida em Sorocaba diz que sempre morou na Vila Gabriel com sua família, primos, tios e a mãe e que o pai ela nunca teria conhecido. No entanto, ela lamenta-se de não ter uma boa relação com sua mãe e que sua avó de consideração, pessoa que teria cuidado dela desde criança teria falecido no ano de 2006.

Conta que mora no mesmo lugar desde que nasceu e que após perder a tia, seus primos teriam ido morar na mesma casa em que moram ela e a mãe, e que teve uma infância *“muito doce”*, pois, naquele momento teria ganhado novos amigos, pois, observa que, mesmo vivendo sempre ali, não fez amigos em sua vizinhança.

Com espírito inovador, ela diz que sempre se considerou uma pessoa normal, mas que, desde a infância, utilizava os brinquedos da escola ao contrário, o que causaria estranheza em seus colegas: *“nossa! mas porque você não brinca como todo mundo? Daí eu falava: porque eu não sou todo mundo e é assim que eu gosto de brincar.”* Mas, é na adolescência que ela nos revela ter se tornado *“rebelde”*, como uma típica adolescente e ali teria descoberto também sua opção sexual, pois, teria tido seus primeiros relacionamentos com outras mulheres, e que teria enfrentado situações de preconceito por isto.

Ela não teria concluído sequer o ensino fundamental, aos vinte e seis anos, pois, mesmo considerando-se capaz e inteligente e sem dificuldades em aprender, ressalta que não consegue atualmente voltar aos estudos.

Lembra-se que certa vez tentou suicidar-se ingerindo comprimidos diversos e que pretendia entrar em estado de coma, mas, que ao contrário do que desejava, apenas teve fortes dores de barriga e muitos vômitos, revelando que queria matar-se por sentir muita *“raiva de ser pobre”* e que na época não conhecia a religião cristã, que ela passou a respeitar e a ir às missas.

É a partir desse episódio que em 2009, aos vinte e sete anos, é que o CAPS teria surgido em sua vida e que ele teria sido fundamental no atendimento às suas crises e em seu processo de reabilitação psicossocial, afirma, lembrando que, inicialmente, não queria aceitar que tinha *“um problema, eu falava: não, eu não preciso, aqui é lugar de gente louca, de gente muito louca, a pessoa mata os outros, tem muito psicopata.”*

Conta que inicialmente frequentou um CAPS que ficava na Avenida Itavuvu, depois no bairro Santa Rosália. Em suas primeiras experiências nestes Centros participava de oficinas de pintura em tecido e também de mosaico, nas quais dedicava-se, assinalando que gostava muito.

Diz ainda que aos poucos percebeu que nos Centros havia pessoas boas, e que o medo a fazia fugir do tratamento terapêutico, revelando que muitas vezes saía de casa dizendo que ia ao CAPS e passava o dia todo fora, lembrando que acabou gostando de frequentar o serviço por ali se oferecer atividades diversas ligadas à arte.

No CAPS III que frequenta, desde 2014, retoma que sua atividade preferida era o teatro, quando tinha aulas de expressão corporal, mas que infelizmente, não teria chegado a se apresentar, pois, a profissional responsável teria se desligado do serviço. Participou ali também oficinas de desenho, poesia, música. Da atividade literária ela acabou desistindo, mas, permanece até hoje nas outras, que ela afirma gostar muito, pois, *“estimulam minha criatividade”*, ela diz. Além disso, participa ativamente da oficina de arte culinária e do grupo de caminhada, que segundo ela, *“é para o corpo ficar disposto”*.

Laura relata que participa de quatro atividades, indo ao CAPS de segunda a sexta-feira e que não tem o acompanhamento de nenhum familiar, por conta da mãe ser já uma senhora idosa e que o CAPS é responsável pela sua medicação diária, que ela receberia ali toda manhã, lembrando que apenas na sexta-feira ela levaria os comprimidos referentes aos fins de semana ou feriados.

A mulher, hoje com 35 anos, conta que no ano de 2011 teria recebido de presente um DVD de música sertaneja que ela acompanhava e cantava junto com os artistas, ensaiando, e

que hoje cantaria também canções românticas e de nossa MPB, frisa. Ela afirma ainda que passou por um longo período de negação de sua doença e que apenas naquele ano passou a aceitar-se melhor, sobretudo, por conviver com outras pessoas que, como ela, enfrentam inúmeras dificuldades em seu cotidiano e que “*se eu não estou no CAPS eu me sinto sozinha*”.

A partir de então alimentava o sonho de cantar em público, o que teria realizado na oficina de música oferecida pelo CAPS, onde ela tem oportunidade de cantar as músicas que mais gosta e também de fazer novos amigos, como o Ronaldo, que ela considera uma excelente pessoa, um irmão, nos diz.

Foi no encontro com seu novo amigo que sentiu-se estimulada a criar com ele uma dupla que chamavam de “*Totalmente Loiras*” e que se apresentou com ele em inúmeras situações por mais de dois anos e que foi durante os ensaios da dupla que teria surgido o seu nome artístico, que mais tarde ela teria assumido como um apelido.

Além dessas atividades ela conta que participa de atividades como passeios na cidade de Sorocaba, e que no dia dessa entrevista teria visitado, juntamente com a equipe do CAPS, o SESC da cidade, ela também relata frequentar peças teatrais à convite do Centro, o que ela considera muito terapêutico.

Nos últimos três anos frequentando o Centro ela diz que está satisfeita com o serviço e que hoje convive melhor com os outros usuários e com a equipe de trabalho, cujos nomes ela relembra e cita carinhosamente em suas falas, queixando-se apenas do fim das aulas de teatro e que os pacientes deveriam opinar sobre algumas atividades.

Conta que gostaria de voltar a estudar e que está em busca de uma oportunidade de trabalho, pois, em março desse ano teria distribuído seu currículo pela cidade e que teria sido chamada para uma entrevista e que, infelizmente, não fôra escolhida para a vaga. Nesta esteira conta nunca teria trabalhado com carteira assinada e que sua única experiência profissional foi como auxiliar em um brechó, cujo lucro era muito pequeno, atividade também em que era sócia de uma outra mulher, que não a pagaria corretamente e, por este motivo, a sociedade teria sido desfeita após três anos.

Relembra-se que economizou nesse período e conseguiu guardar um pouco de dinheiro e que hoje não possui nenhuma fonte de renda e que gostaria de uma oportunidade, pois, não teria obtido nenhum benefício social por ser considerada capaz de trabalhar, visto

que sabe ler e escrever: *“aí eles falavam assim que benefício é para gente cadeirante, para deficiente e eles falavam para mim que eu não precisava, foi bem difícil”*.

Ela conta que seria fundamental hoje ter uma fonte de renda e nos revela que:

Eu gostaria de ter uma oportunidade de trabalho, eu começaria como garçonne se fosse numa lanchonete, para mim seria bom ter um dinheiro e hoje eu não tenho fonte de renda e eu tenho que me virar vendendo minhas coisas, já vendi bastante, coisas da minha infância, estou vendendo alguns livros também, eu me viro, eu dou um jeitinho, mas, sempre um jeitinho honesto.

Sobre sua medicação diária ela conta que toma diariamente 300 mg de um certo medicamento que, segundo ela, *“controla tudo, o dia inteiro e à noite eu durmo tranquilamente e foi melhorando cada vez mais”*. No entanto, ela se relembra que em certa situação chegou à ficar um mês inteiro em internação no leito do CAPS porque haveria tomado um medicamento chamado Haldol²³⁰, cuja experiência ela mesma conta: *“era muito forte para meu corpo suportar, então eu não me mexia, eu começava a andar igual um robô, ficava na cama e não consegui andar, aí eles mudaram”*.

Ela ressalta que nunca teria sido internada em um Hospital Psiquiátrico e que hoje tomaria seus medicamentos e sente-se melhor, considerando-se *“estável”* e relembra que desde 2014 é atendida pela mesma psiquiatra com quem tem uma ótima relação.

Consciente de seu tratamento que combina medicamentos e outras formas de terapia, considera as atividades artísticas, práticas expressivas e comunicativas desenvolvidas ali, de alto valor terapêutico, como no caso da oficina de desenho na qual aprendeu a captar o momento presente e diz que: *“se eu ver duas pessoas brigando, desenho duas pessoas brigando ou se estão abraçados, eu olho aquilo ali, estão abraçados e vou copiar tudo assim”*, destacando a grande importância da arte em sua vida, como ela nos ensina: *“quando estou desenhando me sinto bem, uma pessoa viva, viva de verdade, cantando também e eu sinto cantando para as outras pessoas que é como expulsar o mal da gente mesmo, faz muito bem para a gente.”*

²³⁰Haldol injetável, gotas ou comprimidos é indicado para psicoses crônicas, no tratamento de delírios, desconfiança, alucinações, confusão, agitação, temperamento agressivo, alterações do comportamento geral e no tratamento de movimentos incontrolados como tiques. Disponível em: <<https://www.bulario.com/haldol/>>. Acesso em: 22 Ago. 2017.

No CAPS ela teria conhecido também seu último namorado, M., que faleceu há poucos dias, no dia 13 de junho, com quem teve uma relação curta, porém, intensa, pela qual ela sofre muito, pois, teriam reatado o namoro poucos dias antes do trágico incidente, em que o homem teria ingerido toda a medicação para um mês de uma única só vez: *“o M. morreu porque ele ingeriu muitos remédios, a medicação dele cada pílula tinha 600 mg e ele tomou quarenta comprimidos e é muito”*, casos como esse que Nise da Silveira já apontava em sua experiência.

Diz que naquele dia sentia-se muito triste, visto que perdeu seu namorado há poucos dias, pessoa com quem pretendia casar-se e que ele teria sido velado e enterrado com um fraque azul, com o qual ele iria vestido para a cerimônia de casamento.

Ela conta ainda que ao longo de sua vida sofreu inúmeras situações de preconceito, sendo chamada até mesmo de *“aberração”*, cujas ofensas ela responderia também com xingamentos, frisando que muitos de seus colegas usuários do CAPS queixam-se de sofrer com essas situações, como ela destaca: *“essa pessoa aí é de CAPS, é psicopata, é louca, eu não vou me misturar com esse tipo de gente”*, o que os levaria à depressão, o que aponta para a ideia de que o usuário daquela instituição acaba sendo estigmatizado por frequentá-la.

Seus projetos para o futuro envolvem aprofundar-se nas atividades artísticas oferecidas pelo Centro, com ênfase na sua carreira musical, que ela pretende retomar com seu amigo inseparável, Ronaldo, e que também vai desenhar histórias em quadrinhos, assim como ele, e que para isso ganha de seus amigos materiais para fazer seus desenhos, como lápis borracha, caneta, apontador, papéis e folhas de papel sulfite.

Laura diz que o amor seria o responsável pela sua grande mudança e um sentimento fundamental para sua existência, deixando como mensagem aos seus companheiros de tratamento que eles devem lutar sempre pela vida e para as pessoas que pensam em suicídio que elas devem procurar um CAPS, com profissionais *“que podem ajudá-las como me ajudaram”*, finaliza.

Realizadas as entrevistas temáticas com esta rede de colaboradores ligados ao serviço e a observação participante de uma das atividades artísticas realizadas por um dos CAPS III da cidade de Sorocaba, é que encerrei meu trabalho de campo apresentando preciosos testemunhos para a documentação dessa memória que devem contribuir para a educação contra o estigma e contra o preconceito.

Considerações Finais

Há uma densa nuvem que paira atualmente sobre os Centros de Atenção Psicossocial quando faltam avaliações sobre eles, visto que estamos em processo de consolidação da reforma psiquiátrica no país, ainda em curso no Sistema Único de Saúde, revelando-se o dilema sobre os resultados alcançados pelas ações promovidas pelos CAPS neste novo modelo de cuidados e atenção à saúde mental que ainda se assenta no Brasil, em uma história que se desenrola diante de nossos olhos.

É preciso considerar que essa pesquisa se desenvolve no contexto de uma recente experiência política, social e cultural, de grandes mudanças no sistema psiquiátrico do país, iniciadas apenas a partir dos anos 90, em um território fundado pela violência e pela exclusão, cuja história é marcada por lutas e movimentos sociais, por inúmeros e distintos personagens, que apresenta diferentes discursos oficiais e que atravessa, um momento político de conflitos em que se questionam os avanços e retrocessos dessa política pública no Brasil.

Na busca de respostas para meus questionamentos fiz uso de uma metodologia singular para compor a escrita dessa história, por meio de duas vertentes: uma teórica, outra empírica, sendo que para as tarefas de escrever e tratar de um assunto tão complexo foi necessário uma ampla articulação teórica e interdisciplinar que pudesse proporcionar o entendimento de uma relação entre passado, presente e horizontes de futuro, de observação e interpretação das realidades encontradas, de um olhar e ouvir atentos à captação sensível dos elementos simbólicos e dos hábitos que recobrem seu cotidiano, cujo passado permanece arraigado e vivo em nossa memória, além de uma forma de educação para a diminuição do estigma que envolve os usuários dos serviços de saúde mental em nosso país.

Retomo que fundamentado pela teoria e pela prática é que posso afirmar que o acesso à arte, por inúmeros fatores, é mesmo essencial à vida humana e também uma de suas necessidades, além de uma forma poderosa de estímulo e realização de nosso potencial criativo, é também veículo de expressão de ideias e sentimentos, formadora de hábitos de trabalho, forma de organização do mundo interior, do que está à nossa volta, um meio de sensibilização e uma forma eficiente de educação.

É, ainda, meio de acesso a bens e produtos culturais, fator de inserção social, forma de geração de renda e de uma atuação como protagonista em nossa sociedade, ferramenta para o

pertencimento à cidade e para a apropriação dos espaços públicos, ou seja, ela exerce uma imensurável contribuição para a garantia da dignidade humana e para o respeito à cidadania dessas pessoas, como também destacaram todos aqueles que prestaram seus testemunhos neste trabalho de pesquisa.

Nesse sentido é que a teoria norteou o entendimento e a análise dos diversos documentos para sua escrita, buscando compor um fragmento de uma imensa colcha de retalhos que versa sobre a importância da arte para a vida dos usuários dos CAPS, definido como um ponto de atenção especializada estratégico para a desinstitucionalização psiquiátrica no país, fruto de ideais e lutas pelo respeito aos direitos humanos e pela expansão da cidadania, oriundo de um longo e doloroso processo de reformas, ainda em andamento, e instituído por uma legislação, que operaria sobre os princípios do respeito aos direitos humanos e da cidadania.

Para tecer as considerações finais foi necessário estabelecer um conjunto de relações entre os estudos teóricos apontados, cujos referenciais embasaram todo o caminho percorrido tanto na coleta de dados em campo, a análise e a textualização de seus resultados, em um jogo que conta com a memória pessoal - minhas experiências junto a esses usuários, bem como, a interpretação das observações e entrevistas coletadas durante o trabalho de campo – a memória coletiva.

Por meio de uma história “vista de baixo” que busca dar voz à realidades negligenciadas é que foram realizadas entrevistas temáticas, que se configuram como um precioso documento para a história oral, em que se pode observar muitas das ressonâncias do passado que marcou e excluiu essas pessoas e que acabam por expor a estrutura social, cultural e política em que vivemos, revelando mentalidades e tendências, que ainda hoje marcam nossa memória, como as questões da pobreza; da periculosidade; do forte tratamento medicamentoso; ou do risco de ingestão desses medicamentos com bebidas alcoólicas, cujos testemunhos apresentam uma realidade hoje muito parecida à de pelo menos três décadas atrás e nos comprova como essas estruturas movem-se lentamente.

Além de minha memória e experiência, nelas também podemos encontrar preciosos relatos sobre a importância da arte na vida dessas pessoas, pois, todos os entrevistados, apresentam exemplos disso em suas falas, o que podemos considerar como a identificação de certos “hábitos” das pessoas que compõem essa rede – trabalhadores, usuários e familiares.

A questão da historicidade vem à tona quando entendemos que uma grande parte dos

usuários dos CAPS são pessoas com antigo histórico de internação e que sua desinstitucionalização faz parte de um passado recente, nos colocando diante da história que continua a ser escrita, bem como, nos permite lançar um olhar sobre as estruturas sociais, políticas e culturais que se movem lentamente: há mais de quinze anos de existência da Lei 10.216 sua implementação ainda não foi totalmente concretizada; casos de pessoas que vão à óbito por ingerirem sua forte medicação psiquiátrica com bebidas alcoólicas, o que presenciei em 2017, cuja problemática é apontada pela prática de Nise, ainda em 1986; ou os velhos problemas do abandono familiar, como foi relatado pelos trabalhadores do serviço; a baixa escolaridade, o desemprego e a pobreza, pela qual são gradativamente arrastados, como demonstram as falas dos entrevistados e para qual apontam organizações como a OMS.

Ao mesmo tempo há indícios de que a desinstitucionalização psiquiátrica aconteceu, em alguns casos, de maneira abrupta, mesmo com a Rede de Atenção Psicossocial, que deve prestar o atendimento à essas pessoas, enfrentando diversas dificuldades, como falta de investimentos ou de recursos humanos para suas unidades de atendimento, como também é apontado pela Organização, sobre a falta de acesso aos serviços de saúde mental e de atenção especializada nos países mais pobres.

Outro aspecto é que além de gradativamente arrastadas pela pobreza, por padecerem de sua saúde mental, em países como o Brasil quanto mais pobres as pessoas, menos acesso aos serviços de saúde mental elas tem, sofrendo pelo preconceito cotidianamente, por carregarem um profundo estigma que se acumula à falta de oportunidades educacionais e profissionais, aspectos que são levantados por todos os entrevistados e também em minhas memórias e observações em campo.

Esses usuários somam-se às estatísticas de milhares de pessoas em sofrimento pelo país, que atingiria milhares de brasileiros, que nos CAPS devem receber atendimento, que hoje recebem uma demanda muito maior que sua capacidade de atendimento, além de enfrentar inúmeras dificuldades em relação à RAPS, ainda em construção, cujas unidades também devem prestar atenção e cuidados à essas pessoas, de acordo com suas necessidades.

É com este olhar em minha vivência, memória e experiências como educador junto aos CAPS de Dourados – MS que posso afirmar que ali buscava-se o estabelecido em lei, pois, para os grupos com quem trabalhava diariamente eram oferecidas práticas expressivas e comunicativas, em seu PTS, cujas atividades tinham também o intuito de oportunizar o que a legislação chama de “ações de reabilitação psicossocial” que deviam ser voltadas “ao

fortalecimento de usuários e de familiares, mediante a criação e o desenvolvimento de iniciativas nos campos da educação e da cultura”, tais como, visitas à museus e bibliotecas da cidade, realização de exposições de arte e mostras de seus trabalhos nesses espaços, lançamentos de livros e apresentações de espetáculos teatrais, em uma experiência cujos resultados das ações podem ser considerados extremamente positivos em relação ao cumprimento dessa legislação.

Porém, ressalto que em nenhum dos dois CAPS III visitados, identifiquei em suas equipes multidisciplinares a presença de arte educadores, artistas educadores ou artesãos, que poderiam promover amplamente o estímulo aos processos criativos que sua formação e atuação profissional lhes permitem fazer. Nota-se também que não houve relatos de iniciativas nos campos da educação, que propunham a reinserção dessas pessoas no ambiente escolar, ou mesmo sua alfabetização, o que não se observa em nenhuma das entrevistas realizadas.

Por sua vez, quanto ao perfil sócio econômico desses usuários, pode-se dizer que, em sua maioria, são afetados pela pobreza e vivem em situação de vulnerabilidade ou exclusão social, sendo responsabilidade do Estado, em conformidade com sua legislação, oferecer-lhes acesso ao mundo do trabalho, contemplando iniciativas no campo da geração de renda, como atividades voltadas à economia criativa, o que também não é enfatizado em nenhuma dessas narrativas.

Além disso, destaca a doutora Nise (1992) a “criatividade é o catalisador por excelência das aproximações de opostos. Por seu intermédio, sensações, emoções, pensamentos, são levados a reconhecer-se, a associar-se” movendo-se em direção à realidade, à auto cura do sujeito, como ela chamava e que por seus benefícios ao processo de reabilitação psicossocial daqueles que sofrem em decorrência de transtornos mentais severos ou persistentes, foram incorporados ao arsenal utilizado em seu tratamento, cujos cuidados são orientados pelo seu Projeto Terapêutico Singular – PTS, em que as práticas comunicativas, expressivas e corporais deveriam ser a principal forma de tratamento, atividades que acontecem hoje nos CAPS, como bem foi observado por todos os entrevistados.

Tais práticas podem ser traduzidas pelas inúmeras atividades realizadas em grupo, pois, além de expressão da vivência desses usuários, são de suma importância para o convívio social, considerando ainda que, para Nise, a psicoterapia individualizada era impraticável nos

hospitais psiquiátricos superpovoados, como também são os CAPS, e esse método trazia “*resultados rápidos e evidentes*”, modificando o ambiente e infundindo vida aos locais onde aconteciam.

Muitas vezes também é levantada a questão do estímulo aos processos criativos que o fazer artístico envolve, ao mesmo tempo, em que são lembrados os poucos recursos, tanto materiais e físicos, quanto humanos, para o desenvolvimento dessas práticas nos Centros e, mesmo assim, pode-se observar que há inúmeras atividades artísticas que compõem os PTS dos colaboradores entrevistados aqui.

O grande número de usuários, que impede uma atenção mais individualizada, também se pode observar nos dois CAPS III visitados: um deles possui mil e seiscentos usuários e o outro aproximadamente mil e oitocentos, o que superaria muitas vezes sua capacidade de atendimento. No entanto, há esforços das equipes que os compõem para movimentar esses ambientes, como foram citadas as festas temáticas e bailes, além das próprias atividades que acontecem ali cotidianamente, como a oficina de música, que observei, ou grupos de caminhada, por exemplo.

Entretanto, nas falas de Nise, em todos os casos apresentados, em minhas memórias como educador, nas observações em campo e nas falas dos entrevistados e até mesmos nas críticas publicadas nos jornais por trabalhadores dos serviços denota-se, a despeito de sua relevância, o pouco investimento nessa área, práticas que acabam sendo substituídas pelo forte tratamento medicamentoso.

As narrativas aqui apresentadas em consonância com as experiências significativas realizadas por grandes nomes da área da saúde mental, comprovam sua potência como força auto curativa, sua necessidade e importância como terapia alternativa a um tratamento medicamentoso e de reclusão, favorecendo a inserção social dessas pessoas e, conseqüentemente, seus processos de reabilitação psicossocial, fato que foi destacado por todos os colaboradores, bem como, em minhas memórias, o que é corroborado pelas experiências e teorias de Nise ou Basaglia, assim como, por reconhecidos pensadores que defendem o acesso à arte como uma condição para a existência humana e direito de todo cidadão.

Entretanto, relembro que ainda vivemos um processo de desinstitucionalização psiquiátrica, visto que a região de Sorocaba foi considerada o maior polo manicomial do Brasil, conhecida nacionalmente pelos inúmeros episódios de violação dos direitos humanos e

pelos maus tratos aos internos de suas instituições e que, ainda hoje, é palco de discussões, críticas, denúncias, greves e protestos, tanto em relação ao antigo Hospital Vera Cruz, quanto ao funcionamento dos CAPS e da própria Rede de Atenção Psicossocial, da qual eles fazem parte, demonstrando como esse processo de reforma inicia-se de maneira abrupta, sem a devida preparação de uma rede substitutiva.

É preciso destacar ainda que no dia 06 de março de 2018, em cumprimento ao que determina a Portaria nº 1.727 do Ministério da Saúde de 24/11/2016 que, ao avaliar o resultado final do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH, indicou o Hospital Psiquiátrico Vera Cruz para descredenciamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e de acordo com o TAC firmado, sendo que seus últimos moradores foram transferidos para residências terapêuticas em uma cidade vizinha, onde viveriam também seus familiares.

Outro elemento importante a ser observado são as diferenças entre o que diz a legislação e a prática, visto que ela reza que as atividades artísticas devem ser a principal forma de tratamento oferecidas pelos CAPS, entretanto, o que se vê são poucos recursos destinados à elas em contraste à ampla administração e distribuição de medicamentos de alto custo pelas farmácias públicas do Estado. Além disso, fala-se da adequação dos espaços CAPS para receber essas atividades, o que não é em nenhum momento compatível com a realidade vivida e observada.

Pode-se notar também a crítica ao baixo investimento em seus serviços, uma vez que grande parte dos recursos financeiros foi, durante muito tempo, destinada à área hospitalar, cuja questão inúmeras vezes é lembrada pelos entrevistados, bem como, em minhas memórias como arte educador havia falta de materiais básicos, como papéis, tintas, pincéis, ou lápis, bem como, de espaços adequados para a realização das atividades, por exemplo.

Ressalto ainda a forte resistência da sociedade em incluir essas pessoas em suas comunidades, fora do território asilar, o que é sublinhado por eles aqui, quando falam do preconceito enfrentado, bem como, da ideia de periculosidade que ainda ronda nossa memória, quando se trata de pessoas que padecem por sua condição de saúde mental, como relatam as pessoas ligadas ao serviço.

Conforme prega sua própria legislação as práticas expressivas, comunicativas e corporais, essenciais ao processo de reabilitação social dos usuários dos CAPS, o que acabou por levantar algumas perguntas, que podem contribuir posteriormente para uma avaliação dos

serviços prestados: os direitos que lhes são garantidos por lei têm sido plenamente respeitados, ou seja, existem atividades artísticas sendo realizadas nesses CAPS a compor os PTS de seus usuários? Qual sua contribuição para a inserção social dessas pessoas e de seus familiares? É possível destacar os resultados alcançados por elas até agora? Como mensurá-los?

Tais questionamentos foram amplamente abordados pela narrativa de minha memória como trabalhador desses Centros, bem como, emergiram nas falas dos entrevistados: apontando para as variadas atividades artísticas acontecendo nesses CAPS III; todos eles possuem relatos sobre a importância da arte como forma de tratamento alternativo ao medicamentoso e como forma de inserção e convívio social; que seus resultados podem ser mensurados pelo grau de satisfação que os envolvidos apresentam em relação às atividades oferecidas pelo serviço, visto que ouvindo diferentes vozes, apresentaram-se opiniões divergentes à esse respeito.

Importante observar que à frente de atividades em grupo como caminhada, psicoterapia, relaxamento, pintura, teatro, desenho, poesia, música, artesanato, costura, culinária, entre tantas outras, estão terapeutas ocupacionais e psicólogos, em sua maioria, e ressalto a ausência de educadores, arte ou artistas educadores à compor seus quadros de funcionários, como requer a legislação.

Em minhas experiências e no trabalho de campo também pude vivenciar o estímulo aos processos criativos como forma de convívio e inserção social, como é retratado, por exemplo, pelo testemunho de Marisa sobre o grupo teatral Fênix, por Cláudia quando fala das atividades de pintura, por Ronaldo que compõem, toca e canta suas músicas, pela experiência de Sueli que tem em sua família várias pessoas com transtornos mentais, ou de Laura que a partir da vivência com a música faz planos para o futuro.

Finalmente, um estudo como este é relevante por nos ajudar a captar elementos significativos desta história, que versa sobre a dimensão e a importância da arte na vida dos usuários dos CAPS, o que muito pode contribuir para legitimar as novas práticas e cuidados oferecidos por eles, tecer um pequeno recorte da trama desta imensa colcha de retalhos que é a história da loucura em nosso país, bem como, revelar uma experiência “vista de baixo”, ouvindo as vozes de quem vive essa realidade hoje, registrando sua memória, tornando-a um documento e, quiçá, contribuindo para avaliações da política pública para a saúde mental no país, sobretudo, no tocante à arte e seus relevantes benefícios para os processos de

reabilitação psicossocial, como cumprimento de sua própria legislação, como forma de respeito aos direitos humanos e garantia de cidadania a todos aqueles que necessitam e necessitarão desse serviço público no Brasil.

Referências Bibliográficas

AGAMBEN, Giorgio. *O poder soberano e a vida nua: homo sacer I*. Belo Horizonte: UFMG, 2010.

ALA-HARJA, Marjukka; HELGASON, Sigurdur. *Em direção às melhores práticas de avaliação*. Revista do Serviço Público, Brasília, v. 51, n. 4, p. 5-59, out./dez. 2000.

ALBUQUERQUE, Aline. *Para uma ética em pesquisa fundada nos Direitos Humanos*. Revista Bioética, (Impr.). 2013; 21 (3): 412-22

ALVES, Ana Alexandra Marinho, RODRIGUES Nuno Filipe Reis. *Determinantes sociais e econômicos da Saúde Mental*. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 2010; 28(2):127-131

AMARANTE, Paulo. *Rumo ao fim dos manicômios*. Revista Corpo e Mente. Setembro de 2006, p. 30-35.

AMARANTE, Paulo. *Uma aventura no Manicômio: a trajetória de Franco Basaglia*. História, Ciências e Saúde – MANGUINHOS, I (1): 61-77, JUL-OCT, 1994. p. 62

ARBEX, Daniela. *Holocausto brasileiro*. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

BARBOSA, Virgínia. *Hospital Pedro II*. Pesquisa Escolar Online, Fundação Joaquim Nabuco, Recife. Disponível em: <<http://basilio.fundaj.gov.br/pesquisaescolar/>>. Acesso em: 06 março. 2017.

ARENDT, Hannah. *A condição humana*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2001. 352 p.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA – ABP. *Diretrizes para um Modelo de Assistência Integral em Saúde Mental no Brasil*. Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP: 2006, 58 p.

BARBOSA, Guilherme. COSTA, Tatiana Garcia da. MORENO, Vânia. *Movimento da luta antimanicomial: trajetória, avanços e Desafios*. Cad. Bras. Saúde Mental, Rio de Janeiro, v. 4, n. 8, p. 45-50, jan./jun. 2012.

BARROS, José D'Assunção. *Teoria da História – Volume V – A Escola dos Annales e a Nova História*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

BASAGLIA, Franco. *A Instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985, 323p.

BAUMGARTEN, Maíra. *A prática científica na Era do Conhecimento: metodologia e transdisciplinaridade*. Revista Sociologias, Porto Alegre, ano 11, nº 22, jul./dez. 2009, p. 14-20.

BERGER, Peter L. *O dossel sagrado*. São Paulo: Paulus, 1985.

BOBBIO, Norberto. *Dicionário de política*. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1a ed., 1998.

BOURDIEU, Pierre. *Economia das trocas linguísticas*. São Paulo: EDUSP, 1998

BRANDÃO, Lucas Coelho. *Luta pela Cidadania no Brasil*. Artigo de Mestrado da Universidade de São Paulo, 2014.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Diretrizes Assistenciais para a Saúde Mental na Saúde Suplementar*. Rio de Janeiro: ANS, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Saúde Mental em Dados – 12, Ano 10, nº 12, outubro de 2015*. Brasília, 2015. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. 48p. Disponível em: <www.saude.gov.br e www.saude.gov.br/bvs/saudemental>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde mental*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. *Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. *A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos. *Reforma do Estado para a Cidadania: a reforma gerencial brasileira na perspectiva internacional*. São Paulo: Ed. 34; Brasília: ENAP, 1998. 368 p.

BURKE, Peter. *A escrita da História*. São Paulo. UNESP, 1992.

CASTORIADIS, Cornelius. *A cultura em uma sociedade democrática - As encruzilhadas do Labirinto IV*. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

CAYRES, Alina Zoqui de Freitas. Et al. *Caminhos para a desinstitucionalização no Estado de São Paulo: censo psicossocial 2014*. São Paulo: FUNDAP: Secretaria da Saúde, 2015. 147p.

CHOMSKY, Noam e FOUCAULT, Michel. *Debate: on the human nature*. New York: New Press, 2006, 213 p.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA. *Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Estado de São Paulo*. Coordenação Institucional de Mauro Gomes Aranha de Lima. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2010.

COVRE, Maria de Lourdes Manzini. *O que é Cidadania?* Coleção Primeiros Passos. São Paulo-SP. Editora brasiliense, 1991.

CUCHE. Denis. *A Noção de Cultura nas Ciências Sociais*. Bauru: EDUSC, 2ª edição, 2002.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. *Saúde mental e direitos humanos: 10 anos da Lei n. 10.216/2001*. Arquivos Brasileiros de Psicologia, Rio de Janeiro, v. 63, n. 2, p. 114-121, 2011. p. 114

EDINGER, Cláudio. *Madness*. New York: DBA, 1999.

EL-BAINY, Estenio Iriart. *Juliano Moreira. O Mestre. A Instituição*. Salvador – BA: Memorial Professor Juliano Moreira, 2007. 77p.

FARIAS, Walter. SONIM, Daniel Navarro. *O Capa-Branca: de funcionário a paciente de um dos maiores Hospitais Psiquiátricos do Brasil*. Editora Terceiro Nome, 2013. 191 p.

FERREIRA, Jacqueline Mazzaro de Abreu. *A Família e o contexto da Reforma Psiquiátrica*. Universidade Candido Lemes. Rio de Janeiro, 2007.

FILHA, Maria de Oliveira Ferreira. SILVA, Ana Tereza Medeiros C. LAZARTE, Rolando. *Saúde Mental e Pobreza no Brasil: desafios atuais*. Disponível em<<http://www.consciencia.net/2003/12/12/saudemental.html>>. Acesso em: 06. Fev. 2017.

FOUCAULT, Michel. *História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1978. 608p.

FRALETTI, Paulo. *Juqueri: Passado, Presente, Futuro*. Arquivo. Saúde Mental- Estado de São Paulo ,XLVI, (p. 156-177), 19Sü/87.

FURTADO, Juarez Pereira; CAMPOS, Rosana Teresa. *A elaboração participativa de indicadores para a avaliação em saúde mental*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 29 (1):102-110, jan, 2013.

GARCIA, Marcos Roberto Vieira Garcia. *A Mortalidade nos Manicômios da Região de Sorocaba e a Possibilidade da Investigação de Violações de Direitos Humanos no Campo da Saúde Mental por Meio do Acesso aos Bancos de Dados Públicos*. Revista Psicologia Política. VOL. 12. nº 23. p. 105-120. JAN. – ABR. 2012.

GONDIM, Denise Saleme Maciel. *Análise da implantação de um serviço de emergência psiquiátrica no município de Campos: inovação ou reprodução do modelo*

assistencial?[Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2001. 125 p.

GOULART, Maria Stella Brandão. *Em nome da razão: quando a arte faz história*. Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humanos. 2010; 20(1): 36-41.

GUIMARÃES, Andréa Noeremberg. Et al. *Tratamento em saúde mental no modelo manicomial (1960 a 2000): histórias narradas por profissionais de enfermagem*. Revista Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2013 Abr-Jun; 22(2): 361-9.

HOBSHAWM, Eric. *Era dos Extremos : o breve século XX : 1914-1991*. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

JORGE, Maria Salete Bessa. *Reabilitação Psicossocial: visão da equipe de Saúde Mental*. Revista Brasileira de Enfermagem. 2006, nov-dez; 59(6): p. 734-9.

JORGE, Miguel R. FRANÇA, Josimar. Associação Brasileira de Psiquiatria. *A Associação Brasileira de Psiquiatria e a Reforma da Assistência Psiquiátrica no Brasil*. Revista Brasileira de Psiquiatria 2001;23(1):3-6

LE GOFF, Jacques. *História e Memória*. Campinas: Editora UNICAMP, 2005.

LINHARES, Marcel Queiroz. *O Estado Social e o princípio da subsidiariedade: Reflexões sobre o Conceito de Serviço Público*. Revista da Faculdade de Direito da UFPR, V. 33, 2000. P. 209 – 223.

LUCHMANN, Lúcia Helena Hahn. Rodrigues Jefferson. *O movimento antimanicomial no Brasil*. Revista Ciência & Saúde Coletiva, 12(2):399-407, 2007

MACHADO, Ana Lúcia. *Reforma psiquiátrica e mídia: representações sociais na Folha de S. Paulo*. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 483-491, Junho 2004.

MACIEL, Laurinda Rosa *'Em proveito dos sãos, perde o lázaro a liberdade': uma história das políticas públicas de combate à lepra no Brasil (1941-1962)*. Niterói, 2007. xvi, 380f. : il.

MALINOWISKI, B. *Argonautas do Pacífico ocidental: um relato do empreendimento e da aventura dos nativos nos arquipélagos da Nova Guiné melanésia*. 2ª ed. São Paulo: Abril

Cultural, 1978. (Os pensadores). 424p. _____. *Um diário no sentido estrito do termo*. Rio de Janeiro: Record, 1997. 336p.

MARSHALL, T. H. [1949]. *Cidadania, Classe Social e Status*. Rio de Janeiro: Zahar, 1967.

MASIERO, A. L. *A lobotomia e a leucotomia nos manicômios brasileiros*. História, Ciências, Saúde. Manguinhos, vol. 10(2): 549-72, maio-ago. 2003.

MATTOS, CLG. *A abordagem etnográfica na investigação científica*. In MATTOS, CLG., and CASTRO, PA., orgs. *Etnografia e educação: conceitos e usos* [online]. Campina Grande: EDUEPB, 2011. pp. 49-83.

MEIHY, José Carlos Sebe Bom. *Manual de História Oral*. São Paulo: Edições Loyola, 2002. 246p.

MELUCCI, A. *A invenção do presente: movimentos sociais nas sociedades complexas*. Petrópolis: Vozes; 2001

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. *Atenção em Saúde Mental*. Marta Elizabeth de Souza. Belo Horizonte, 2006. 238 p.

MIRANDA-SÁ, Salvador de. *Breve histórico da psiquiatria no Brasil: do período colonial à atualidade*. Revista Psiquiatria RS. 2007;29(2):156-158.

OLIVEIRA, Everton Roberto de. *Poízia: o livro dos sonhos*. Dourados: Editora Nicanor Coelho. 2007.

OLIVEIRA, Roberto Cardoso de. *O Trabalho do Antropólogo*. São Paulo: Editora UNESP. 1988.

OMS. Relatório Mundial da Saúde - *Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. 1ª edição, Lisboa, Abril de 2002.

OSTROWER, Fayga. *Criatividade e Processos de Criação*. Petrópolis: Vozes, 2001. 187p.

PACHECO E SILVA, A.C. *O Eletrochoque no Tratamento das Doenças Mentais*. Revista de Medicina da Universidade de São Paulo, publicada em novembro-dezembro de 1941. P. 15-28

PACHECO, Luciana Botelho. *Como se fazem as leis*. Luciana Botelho Pacheco [recurso eletrônico]. – 3. ed. – Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2013. 81 p. – (Série conhecendo o legislativo; n. 9)

PEREIRA, Maria Odete. Et al. *Perfil dos usuários de serviços de Saúde Mental do município de Lorena – São Paulo*. Revista Acta Paul Enferm. 2012; 25(1):48-54.

POLLIT, Christopher & BOUKAERT, Geert. *Public Management Reform: a comparative analysis*. Oxford: Oxford University, 2004. 345p.

RAMOS, Fernando A. da Cunha; GEREMIAS, Luiz. *Instituto Philippe Pinel: origens históricas*. Disponível em: http://www.sms.rio.rj.gov.br/hospitais/pinel/media/pinel_origens.pdf, com acesso em 17. dezembro. 2016.

RODRIGUES, R. C; MARINHO, T. P. C. *et.al Reforma psiquiátrica e inclusão social pelo trabalho*. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2010, vol.15, suppl.1, pp. 1615-1625. ISSN 1413-8123.

SANTOS, Andrea Temponi dos. *Estudos da Criatividade no Brasil*. Universidade Estadual de Campinas – Departamento de Educação, 1995.

SÃO PAULO. *Panorama da Saúde Mental no Estado de São Paulo: leitos psiquiátricos e assistência extra-hospitalar*. Grupo de Saúde Mental da Coordenadoria de Planejamento de Saúde – SES/SP, 2005. P. 230

SARLO, Beatriz. *Tempo Passado: cultura da memória e guinada subjetiva*. Trad. Rosa Freire de Aguiar. São Paulo: Companhia das Letras, Belo Horizonte, UFMG, 2007.

SCHWARTZMAN, Simon. *Pobreza, exclusão social e modernidade: Uma introdução ao mundo contemporâneo*. Augurium Editora, São Paulo, 2004. 185 p.

SECCHI, Leonardo. *Políticas Públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos*. São Paulo: Cengage Learning, 2012.

SILVA, Ellayne Karoline Bezerra da. ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. *Desinstitucionalização Psiquiátrica no Brasil: riscos de desresponsabilização do Estado?* Revista Katál, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 252-260, jul./dez. 2014.

SILVA, Regina Cláudia Barbosa da. *Esquizofrenia: uma revisão*. São Paulo: Revista de Psicologia da USP, 2006, 17(4), 263-285.

SILVEIRA, Nise da. *O mundo das Imagens*. Rio de Janeiro, 1992. 165p.

SONTAG, Susan. *Ensaaios sobre fotografia*. Tradução de José Afonso Furtado. Lisboa: Publicações Dom Quixote, 1986.

SOUZA, Adriano Rodrigues. *Centro de Atenção Psicossocial: perfil epidemiológico dos usuários/* Adriano Rodrigues de Souza. 2007. 90 f. : il.

WUN, Xu; RAMESH, M; HOWLLET, M; FRITZEN, S. *Guia de políticas públicas: gerenciando processos*. Tradução de Ricardo Avelar de Souza. Brasília: Enap. 2014.

ZIONI, Fabíola. *Exclusão Social: noção ou conceito?* Revista Saúde e Sociedade v.15, n.3, p.15-29, set-dez 2006.

BRASIL. Portaria nº 44, de 10 de janeiro de 2001.

BRASIL. Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002.

BRASIL. Portaria Ministerial nº 3088, 23 dez. 2011.

BRASIL. Portaria MS/SAS nº 854 de 22 de agosto de 2012.

BRASIL. Portaria nº 1.727 do Ministério da Saúde, de 24 de novembro de 2016.

BRASIL. Lei Orgânica da Assistência Social, nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993.

BRASIL. Lei 8987, 13 fev. 1995.

BRASIL. Lei 10.216, 4 jun. 2001.

www.cremesp.org.br

www.academiamedicinasaopaulo.org.br

www.arch.coc.fiocruz.br

www.blog.saude.gov.br

www.bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html

www.cantodoslivros.files.wordpress.com

www.ccs.saude.gov.br

www.facebook.com/tribunademinas

www.ibge.gov.br

www.ipea.gov.br

www.jornalcruzeiro.com.br

www.museuimagensdoinconsciente.org.br

www.nacoesunidas.org

www.onu.org.br

www.pauloamarante.net

www.pfdc.pgr.mpf.mp.br

www.pinterest.com

www.previdencia.gov.br

www.psiquiatriageral.com.br

www.saude.hsw.uol.com.br

www.smetal.org.br

www.ultimosegundo.ig.com.br

www.usmmm.org

www.youtube.com

www2.camara.leg.br

www2.planalto.gov.br

Anexos

Marisa

Meu nome é Marisa, eu sou assistente social de formação, atualmente eu atuo como coordenadora técnica. Aqui, ao todo, nossa equipe, é por volta de trinta e oito técnicos, dentre médicos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, eu tenho uma educadora física. Esse CAPS tem um diferencial porque ele tem também uma fisioterapeuta. Viu-se a necessidade, com o fechamento do Hospital, e a gente tinha essa fisioterapeuta, então a gente manteve ela por conta da questão dos pacientes da residência terapêutica. Mas, vamos lá, como a gente tava conversando no início.

O histórico de Sorocaba é o seguinte, ela vem em uma questão de... Ela infringiu, ela feriu, vamos dizer assim, ela violou os direitos, ela é recordista em violar os direitos do deficiente mental. Então ela tem uma dívida social com relação a isso. Então você está pegando Sorocaba em um momento histórico muito importante porque é o momento em que a gente está tentando corrigir essa dívida.

Eu tenho oito anos que eu estou em Sorocaba e eu peguei ela justamente nesse momento que veio com a luta antimanicomial, que é justamente para poder o quê? Resgatar tudo isso que foi violado no passado, que veio o fechamento dos hospitais. Como se deu esse fechamento dos Hospitais Psiquiátricos de Sorocaba? Na verdade houve um descredenciamento. Porque todos esses hospitais que tinham em Sorocaba, que eram quatro, que era o Jardim das Acácias, Mental, o Vera e o Teixeira, esses quatro hospitais eram particulares e foram descredenciados do SUS. Porém, com o descredenciamento não havia condições de manter, então houve o encerramento, aí eles fecharam, com o fechamento deles veio a rede substitutiva, e veio a questão dos CAPS.

Uma cidade do porte de Sorocaba, com 610 mil habitantes segundo o último censo, não se comporta CAPS II. Qual a diferença entre CAPS I, II e III? I são para cidades muito pequenas, então Sorocaba não tinha condições de ter um CAPS I. Sorocaba até então tinha CAPS II, mas também para Sorocaba, com a quantidade de habitantes que ela tem era muito pequeno um CAPS II e CAPS III são CAPS de 24 horas, onde tem leitos e uma retaguarda bem maior, uma equipe bem maior.

Então abriu-se os CAPS III em Sorocaba. Hoje Sorocaba foi dividida em três áreas. Norte, Leste e Oeste. Este CAPS aqui atende à região oeste de Sorocaba. A proposta de Sorocaba hoje é ter três CAPS III, AD, que é álcool e drogas e três CAPS III mental, digamos assim. Porém, hoje a gente só tem dois AD e dois mentais, embora a região de Sorocaba seja um mapa e ele esteja dividido em três. Abriu, possivelmente, creio que deve haver licitação, segundo a coordenação da saúde mental, até o final deste mês para o terceiro CAPS.

A Associação Protetora dos Insanos, nós somos terceirizados, abriu um processo de licitação e a gente pleiteou esses CAPS. Nós somos uma associação centenária e temos 98 anos que estamos aqui. Tivemos um Hospital Psiquiátrico e com a política de saúde mental e com o descredenciamento, nós fechamos o Hospital e continuamos com o CAPS e aí abriu-se o CAPS III e agente deu seguimento.

Hoje a gente tem o CAPS. Eu tenho funcionários que estão nesse ramo praticamente há mais de 30 anos, pra você ter ideia. Eu tenho, trinta não, trinta não porque já aposentou né, risos... Vinte e cinco anos, o meu farmacêutico tem vinte e cinco anos, a outra coordenadora técnica ela tem acho que vinte e quatro anos que ela tá na saúde mental, eu tenho auxiliar de enfermagem que tem dezoito anos que está conosco.

Então assim, conhecem muito os pacientes, por conta da instituição ser muito antiga. A primeira residência terapêutica foi criada por nós e ela foi criada antes da própria lei, e ela veio de um pedido de um paciente. Como você é novo aqui você não deve ter conhecido o hospital Jardim das Acácias, ele era diferente de todo o Hospital Psiquiátrico que ficam fora da cidade. O do Jardim ele era aqui dentro, ele era na General Carneiro, uma avenida principal. Então ele era de muros baixos e portões abertos e o paciente ele tinha acesso à diretoria, então ele vinha e um dia um paciente veio e falou com um dos nossos diretores que ele queria uma casinha. Aí ele pediu uma casinha, aí nosso diretor falou: uma casinha? Como assim? Ele respondeu: é eu quero morar numa casinha, não quero morar mais aqui no Hospital.

Aí nossa coordenadora da época que era a F., falou assim, chamou esse paciente pra conversar: como seria essa casinha? Ele falou ah! uma casinha igual a que todo mundo mora. Eu quero morar numa casinha. Foi algo assim muito novo, um paciente pedir pra morar numa casinha. Isso foi em 97 aí ele (o diretor) falou assim: uai vamos estudar isso aí! Aí construiu uma casa dentro do Hospital e falou pra ele: então a partir de agora essa casa é sua e você é que vai tomar conta, você vai ter suas responsabilidades, você agora é que vai fazer a compra,

você que vai fazer a limpeza, você que vai tomar conta desse lugar, e isso é seu. E a partir desse pedido foi vindo com os demais pacientes: quem mais quer vir pra casinha? Até então chamava de casinha, que foi o nome que o paciente deu.

Quem mais quer vir pra essa casinha? Aí ele falou assim: não gente, isso não é uma casinha, isso é uma residência terapêutica, então vem aqui pra essa residência terapêutica. Aí os pacientes, eles mesmos, eu achei legal: eu quero ir, eu quero ir! Aí como foi crescendo o número de pacientes que foi querendo ir pra casinha, residência terapêutica, ele falou assim: então acho que já que se deu bem aqui dentro vamos colocar pra fora. Então começou a alugar casas fora do Hospital, foi alugando as casas e fomos vendo os pacientes que estavam bem. Primeiro ele ia pra essa casinha dentro do hospital, depois eles começaram a ir, frequentar a casa fora.

Hoje nós temos pacientes que já estão casados, temos pacientes que nem tem contato com a gente mais tem. Antigamente vinham pelo menos pra visitar. Hoje a gente já seguiu a vida. Nós temos pacientes que já tem alta e de vez em quando eles aparecem para poder dar um oi, mas já seguiu a vida mesmo, ou seja, o hospital abriu as portas mesmo porque são pessoas que, muitas vezes, são abandonadas pela família, eu tive muitos casos assim.

Quando eu cheguei no Jardim, há oito anos atrás, teve casos assim que eu comecei a investigar para levantar questão de documentos, essas coisas e a maioria era caso de abandono familiar mesmo, sabe eu me assustei muito com isso. Você ligava para a família, teve um caso que eu fui em Apiaí da Ribeira, a hora que eu cheguei assim na cancela, que era zona rural, na hora que eu me apresentei, ela falou assim: se é do Jardim das Acácias, você dê meia volta e vá embora! Eu falei assim: mas eu gostaria de saber pelo menos informação do paciente, que eu preciso descobrir pelo menos onde ele foi registrado.

Ela falou assim: não me interessa saber dele. Eu falei assim: mas, por favor, eu só preciso saber onde ele foi registrado, porque eu preciso do documento dele. A família não queria nem saber se o paciente estava bem, se tava mal, se tava vivo, sabe? E a gente propôs alguns encontros, porque muitas vezes a família abandonava e nunca mais. Nem sabia se o paciente estava vivo ou morto, aí com relação, fiz muitos documentos, porque até então nem documento os pacientes tinham. Aí depois disso com o fechamento do Hospital veio os CAPS, aí naquela época eu era apenas assistente social e depois acabei assumindo a coordenação porque a minha coordenadora na época teve outros projetos de vida e outros projetos profissionais, aí eu acabei assumindo. Aí veio esse do CAPS II, essa modificação por

conta da luta, por conta de toda essa transformação histórica e política é a criação dos CAPS III e a equipe sempre trabalhando né?

E aí surge a necessidade de abrir as portas do CAPS também e levar esses pacientes um pouco para fora, porque disso? Porque querendo ou não, a gente percebeu que os pacientes estavam ficando muito codependentes do CAPS, a gente falou assim: gente tem vida fora do CAPS, não é só aqui dentro, a gente começou a trabalhar essa questão com eles. Gente! Vamos começar a sair um pouco. E a gente começou primeiro com passeios, vamos sair conhecer os parques de Sorocaba, conhecer um pouco da história de Sorocaba, conhecer um pouco dos museus de Sorocaba.

Aí a gente começou a fazer alguns passeios e criou-se o grupo de teatro do CAPS e eles mesmos deram o nome do grupo que chamava Fênix, eles mesmos os próprios pacientes e teve uma paciente na época que ela se destacou muito. Ela me chamou muito a atenção, inclusive essa paciente recebeu alta há dois meses, ela recebeu alta do CAPS definitiva. Nem para a UBS ela foi e agora acho que vale ressaltar a história dela, porque ela foi uma paciente que chegou com depressão gravíssima e fui eu que fiz o primeiro acolhimento dela e ela no primeiro encontro dela comigo no CAPS, eu lembro que ela não conversava, ela apenas chorava, era uma depressão muito séria que essa menina entrou e ela conheceu o namorado dela aqui.

Hoje eles estão casados e tem um filho. Vê que interessante né, ela deu entrada aqui na época do CAPS II, e ela se destacou no grupo de teatro. Eu até brincava, falava assim que quem dirigia o grupo na verdade era ela, a gente era como se fosse um suporte do grupo e com essa questão e foi justamente seu foco. Sei lá, arte mesmo.

Foi muito importante pra ela. Primeiro porque ela pintava muito bem, se você ver os quadros dela, ela e o marido, esses quadros, os melhores quadros que você vê expostos aí no CAPS é do marido dela, depois eu posso até te mostrar. Ela e o marido pintam muito bem. Aí começou no grupo de teatro, os dois, eles se conheceram no grupo de teatro, tanto que o nome do grupo de teatro foi ela que sugeriu, e o pessoal acatou.

Ela tem uma questão, ela é dominante sabe, ela não é aquela dominante assim de imposição, muito pelo contrário, ela escuta, ela tem esse dom, eu não digo que é uma dominante assim de opressora, não é isso, ela sabe liderar, acho que a palavra é essa. Ela lidera positivamente e ela liderava muito bem o grupo de teatro e fez muito bem pra ela. Para uma pessoa que no dia do primeiro acolhimento chegou no CAPS não conseguia nem falar e

hoje tá de alta, nem pra UBS ela foi, ela recebeu alta definitivamente, ela não toma nenhuma medicação hoje pra você ter uma ideia, e ela tá com a filhinha, ela tá trabalhando, arrumou um emprego numa firma, pra você ter uma ideia e lá tá muito bem hoje, graças a Deus, e assim ela começou.

É lógico que ela fez acompanhamento psicológico, ela tinha um grupo no início, com atendimento individual, mas no que ela se destacou muito, foi no grupo de teatro, e com as “T.Os²³¹” também, porque ela sempre pintou muito bem, aí ela deu a ideia na época do abraço grátis, o grupo de teatro saía de caras pintadas e fazia o abraço grátis.

Aí depois surgiu a ideia, porque como a gente tinha um bazar. A gente conseguiu uma verba com um valor relevante, aí surgiu a ideia de a gente poder fazer viagens. Porque que surgiu a ideia de fazer viagens? O que eu percebi? Na época era eu a assistente social e a P. era TO. A P. é TO até hoje na verdade, a gente percebeu assim: os pacientes eles conheciam muito só Sorocaba, que a gente começou a sair muito com eles do CAPS e eles começaram a falar, trazer pra gente.

Aí a gente disse: taí, meu sonho era viajar, era sair daqui um pouco, a gente falou assim: ah! Porque não levar eles no Museu do Ipiranga em São Paulo? E a gente começou a ver a questão de museus em São Paulo, porque São Paulo é muito rica em cultura e se a gente levasse pra conhecer um pouco fora daqui, a gente entrou em contato com o Museu do Ipiranga e eles prontamente, se prontificaram a nos receber.

A gente alugou um ônibus na época e fomos pra São Paulo e foi fantástico essa viagem. Na época nós tínhamos um grupo de jornal, e esse grupo de jornal fez toda a cobertura. Eu lembro que eu tinha uma paciente também que ela era superdepressiva e a gente colocou ela como repórter dessa viagem. Ela foi a repórter dessa viagem, essa outra paciente, um paciente foi tirando fotos e a outra como repórter entrevistando os técnicos, entrevistando os pacientes sabe, e eles fizeram um jornal da viagem. Tenho esse jornal, eu vou tentar procurar ele lá em cima depois pra te mostrar. Eu não sei se eu vou ter um pra te dar, mas, pelo menos, uma xerox eu consigo pra você, porque eu tenho de recordação, se eu te der eu fico sem, se vê né?

²³¹ Terapeutas Ocupacionais.

Aí a gente fez uma viagem para o Museu do Ipiranga teve uma visita monitorada e os monitores contaram toda a história para a gente. O que me chamou mais atenção foi que eles perguntaram muito. A visita que deveria durar uma hora e meia durou duas horas e meia. Eles ficaram muito interessados. Outro fato que me chamou muita atenção foi de um paciente que era muito calado, ele quase não falava e quando a gente entrou em São Paulo, eu falei: gente essa aqui é a cidade de São Paulo! E muitos deles não tinham ido nem a São Paulo ainda e fui explicando que era a capital do Estado e tal e quando passamos em frente ao Sambódromo, eu disse: gente olha aqui esse é o sambódromo, não sei se vocês conhecem, é um lugar tradicional muito famoso e quando eu falei assim, aquele paciente que era calado, grudou na janela. Então ele disse: Marisa, eu nem sabia que ele sabia que meu nome era Marisa, ele perguntou é aqui que as mulheres sambam e tal?

Aí eu chamei a P. e disse: continua você e sentei do lado dele e perguntei assim: você gosta do carnaval? Ele disse assim: Marisa eu amo, fico a noite inteira assistindo. Mas, o que te chama atenção no carnaval? Ele disse: Marisa eu acho linda esta festa. Então peguei o gancho com o paciente porque ele gostava de carnaval, ele não conversava com ninguém, mas, gosta de carnaval. Eu acho lindas aquelas fantasias, ele falou do Samba, do enredo, coisas que nem eu sabia, ele me deu uma aula sobre o carnaval do Anhembi. Eu peguei falei: nossa! nem eu sabia disso, então me ensina porque eu também não sabia. Marisa o enredo é assim, assim, assim assado e foi me contando.

Super meu amigo, daquele dia em diante o paciente começou a se abrir. É outra vida porque a gente sempre fazia muita viagem, mas, a gente nunca tinha feito uma viagem assim e depois uma vez por ano vamos ao Hopi Hari, esse ano que parou, devido à falência do Parque. Foi o primeiro ano que a gente não foi com eles e, até então, assim, depois daquela viagem, o paciente foi outro e depois que a gente terminou a visita ao Museu do Ipiranga a gente foi para o Mercado Municipal.

E assim, São Paulo é outra vida né? A gente chega lá acho que foi a primeira vez que eles não se sentiram assim, os pacientes psiquiátricos. Por que os próprios pacientes trazem muito isso para a gente, eles falam assim: Marisa as pessoas veem a gente como um bando de louco na rua, é assim que as pessoas nos caracterizam. Gente vocês não precisam falar quem vocês são, aqui nós somos cidadãos comuns e se vocês se sentirem à vontade, fiquem bem à vontade mesmo, se vocês quiserem falar.

Primeira coisa eu não levo ninguém com crachá, ninguém com uniforme, você pode ver aqui, aqui no CAPS ninguém veste uniforme, aqui enfermeira não usa branco, porque a proposta nossa é justamente misturar. Médico aqui não usa branco, aqui todo mundo se veste normal, ninguém tem crachá, nem nós técnicos, nem eles como pacientes, é todo mundo igual, com roupa comum.

Quando eu cheguei lá não fiquei falando: ah fulano, fica aqui do meu lado. Eu disse: olha o ônibus está aqui tal hora, tal lugar e quem quiser orientação pode perguntar e ficar conosco, quem não quiser o ponto de encontro é aqui. É assim, eu deixo eles muito à vontade mesmo, aí só alguns que falaram assim: ai Marisa a gente tá sem dinheiro para pagar o lanche. Fique aqui comigo então na hora e eu paguei o lanche para todo mundo que queria comer o famoso sanduíche de mortadela e comeram e a gente pagou e todo mundo ficou muito à vontade.

Eu e a P., porque sempre vai eu e alguém da enfermagem, caso algum paciente passar mal. Eu e a P. mais um técnico ficamos muito observando eles. Gente eles se soltaram naquele mercadão, todo mundo chamava eles para mostrar as frutas diferentes, era tanta fruta diferente, frutas que eu nem imaginei.

Eles ficaram comentando depois, no ônibus, no final, por mais que eles estavam cansados, eles comentaram e fizemos bastante brincadeira tanto na ida quanto na volta, fizemos uma devolutiva no final do encontro e falamos e o senhor nos falou sobre a questão da arquitetura do mercado e eles disseram que nunca imaginaram que tudo aquilo tinha um significado.

Tá vendo que tem um mundo lá fora, tem um significado lá fora, a gente tem que entender que não é só isso. Eles disseram que nunca viram tantas frutas diferentes. Tudo isso chamou muita atenção. Para você ter uma ideia, depois disso muitos pacientes começaram a viajar. Aqui mesmo na região, em Itu tem coisas diferentes e os pacientes começaram a trazer isso muito para a gente tanto que as festas temáticas no CAPS começaram depois disso.

Aí veio o grupo de teatro no grupo a gente faz dança e depois disso eles fizeram um grupo de teatro que dá ideia deles eles retrataram a vida nossa dos funcionários. Foi muito legal essa peça, eles nos representaram e o que me chamou atenção nessa peça é que quem escreveu foram os próprios pacientes.

É como eu falei, no grupo de teatro o técnico, acho que ele não fica nem em segundo, fica em quarto plano, o técnico está ali só para poder dar um feedback mesmo, que quem toma

conta mesmo disso é o próprio paciente e que eu acho interessante é que em alguns momentos o técnico tinha que sair, porque eles falavam assim, não, isso é surpresa para vocês, você não pode ver essa parte do ensaio, eles falavam para a Priscila e ela tinha que sair muitas vezes né? E a Priscila respeitava esse momento deles, se é surpresa então eu saio, a Priscila saiu.

O que me chamou atenção foi a forma que toda vez que se falava dos pacientes, isso me chamou atenção, eles se colocavam muito pirados e a gente trabalhou isso com eles depois, por que o paciente psiquiátrico não necessariamente é escandaloso, ele é histérico, vocês não necessariamente são loucos, eles disseram: não Marisa foi a forma como a gente encontrou de deixar mais engraçado, mais lúdico, mais chamativo mesmo. A gente não se vê assim mais não. Ao mesmo tempo eles levaram muito isso na esportiva, porque eles traziam isso para a gente e eles diziam: eu tô triste e não saíam de casa porque as pessoas viam eles assim e depois disso, eles passaram a se aceitar mais através da arte.

Outra coisa na arte que foi muito legal foi que a gente conseguiu inscrever eles num concurso que chama Arte de Viver. Esse concurso é patrocinado pela agência e ele é nacional então não é só o CAPS nosso que participou, foram CAPS do Brasil inteiro. Aí tem uma seleção dos três primeiros que ganham um prêmio alto, de oito mil, o primeiro lugar ganha oito, o segundo ganha cinco e o terceiro lugar ganha três mil. Só que tem uma premiação que sai na publicação de um livro. Acho que eu tenho um livro deles depois eu posso te mostrar. Nós participamos duas vezes desse concurso e saiu publicado nesse livro, da primeira vez dois dos nossos pacientes foram e da segunda vez quatro, é poesia, desenho e pintura e nossos pacientes conseguiram ficar entre os melhores cinquenta do Brasil.

Isso foi um incentivo muito grande para nós e para eles, para nós foi muito gratificante de nossos pacientes terem participado e ficado entre os cinquenta melhores, eu ainda brinquei assim: meu sonho era que a gente ficasse pelo menos em terceiro lugar, mas, já tô satisfeita de ter ficado entre os cinquenta e na publicação.

Isso para eles, nossa! Autoestima. É lógico que a gente trabalhou com eles isso. A gente disse: não! O importante é participar! Quando a gente saiu, a publicação, a gente disse: vocês têm noção disso? Vocês ficaram entre os cinquenta melhores do Brasil. Isso não é no CAPS em Sorocaba, é nacional, é um concurso nacional e saiu lá na publicação o nome o nome deles e cada um deles ganhou um livro e o CAPS também ganhou esse livro sabe.

E assim é um grupo que nunca para, o grupo de teatro é mais cheio mesmo, até que o grupo de caminhada, porque a gente também não pode ter um grupo muito cheio porque

senão a gente também não vai atingir nosso objetivo. É um grupo assim que tem fila de espera, mas, é um grupo que às vezes muita gente pede para participar, a gente tem que avaliar, a Priscila, a técnica, ainda é a mesma desde o início do grupo e ela está conosco até hoje e ela fez uma reavaliação, ela disse: olha a Marisa tem pacientes que não tem perfil, a gente acaba tendo que eliminar mesmo, a gente tira. Ela deu uma enxugada no grupo agora, ela disse realmente para o grupo de teatro tem que ser gente que tem perfil legal para ficar, aí fica no grupo de teatro.

E tem os grupos de terapia, não só de estimulação, porque a gente separa, porque tem gente que tem mais contato com a arte, esses quadros que estão expostos, tem algumas telas que são mais para estimulação mesmo, outras estão mais voltadas à pessoa, está mais dedicada, então ela faz uma seleção, porque eu tenho três terapeutas ocupacionais que trabalham aqui comigo. Então elas fazem uma seleção por grupo mesmo, quem é que tem mais, de acordo com perfil. Eu acho que trabalhar com a arte valoriza muito o trabalho, você enriquece o seu trabalho, você consegue tirar da pessoa coisas que muitas vezes em apenas um dia você não vai conseguir visualizar e você tirar ela do medicamento, você levar para fora é mostrar outro mundo.

Acho que é a essência, sabe? Que toca diferente, e eu vejo essa sensibilidade, eu vejo que no paciente funciona. Quando a gente abriu as portas do CAPS e levou o paciente para fora no mundo, viu que é outra coisa. Eu acredito muito, eu acho que tem todo sentido. Depois que eu vi Nise da Silveira é que eu fiquei mais encantada ainda, eu acho que vale muito a pena, eu gostei muito daquele filme.

Às vezes você pega um desenho, você olha naquele papel, você fala: isso é um quadro! Não eu não vejo só aquilo, para mim não é só uma pintura. Olha que eu não sou nenhuma expert, está entendendo? Eu sou só uma amadora, eu diria: sim, mas, eu acho que quando você olha aquilo ali você consegue enxergar muito mais. Eu lembro de um grupo que eu tinha que eu pedi para um paciente para fazer a história da vida dele só que em desenho. Eu lembro desse fato, até agora impressiona. Quero que você faça a sua infância para mim, a sua história, em desenho.

Aí ela dividiu a cartolina na época e teve uma parte que ela disse assim: Marisa essa parte tá em branco! E eu disse assim: vamos tentar juntas. Então eu sentei com essa paciente sabe? Ela era uma senhorinha, estava com sessenta e oito anos, mais ou menos, e ela falava assim: a raiva! Mas, eu tô aqui! eu tô aqui! E eu disse: mas que fase foi essa aqui? Vamos

sentar juntas e tal. Ah Marisa! essa foi minha fase escolar né? Então ela disse assim, eu perguntei o que aconteceu nessa fase, ela disse: eu não tive. Eu disse: é por isso que você não lembra essa fase tá vendo. Aí ela foi me contar sua história. Ela foi privada de estudar, ela não conseguiu. Tá vendo! Por isso que ainda tá em branco.

E olha para você ver, ela nunca tinha contado isso para psicóloga na terapia e no dia que nós nos sentamos eu falei: gente, vamos contar essa história, mas, eu quero em desenho e todo mundo começou a desenhar, a desenhar, a gente tem uma área bem grandona e começou todo mundo a desenhar primeiro no chão e ela começou a desenhar, desenhar e desenhar. E aquele quadrado lá. Falou assim: Marisa eu não consigo, tá em branco, tá em branco. Vamos tentar juntas. Ela falou é a minha fase escolar Marisa, eu nunca fui para escola quando eu era criança e daquela fase ela não lembrava. Então, fazia todo sentido por que foi uma fase que foi roubada dela, ela foi entrar na escola com doze anos de idade, ela jamais ia desenhar. Aquela fase foi roubada, ela foi privada daquele momento na história dela e, olha para você ver, foi na hora do desenho, na hora de expor e ela disse: Marisa, engraçado, eu nunca consegui contar isso para a psicóloga e foi agora que eu consegui. Tá vendo como um complementa o outro? Faz um sentido tá entendendo? Eu acho muito legal, por isso que eu acho legal o trabalho multidisciplinar, não estou desvalorizando os outros trabalhos, claro, mas, eu acho que o trabalho multidisciplinar você consegue complementar, quando você tem uma equipe mais completa e foi quando eu levei para reunião de equipe.

Gente! Sabe a dona fulana de tal? Nossa paciente? Aconteceu isso, isso e o psicólogo disse: nossa Van, faz todo sentido e eu tento puxar essa fase da vida dela que foi super importante e agora essa parte tá encaixando, disse isso, isso, isso e aquilo. Assim quando você consegue conversar em equipe você consegue estudar o paciente. O que me atrapalha hoje em dia talvez seja a quantidade de pacientes que eu tenho que, como a rede não consegue comportar os casos mais leves, os casos de UBS, isso me sobrecarrega um pouco, isso sobrecarrega o CAPS que hoje atende uma faixa de uns mil e seiscentos. Isso para um CAPS é muito.

Para você ter uma ideia meu atendimento de dia teria que ser sessenta de manhã e sessenta tardes e sessenta pacientes eu tenho só no grupo de caminhada. É lógico que os outros grupos não tem isso. O único grupo que comporta sessenta pacientes em um grupo de caminhada. Os grupos que a gente consegue fazer fora do CAPS são hoje de caminhada, de alongamento e o que a gente usufrui da comunidade é o Parque da Biquinha, que é aqui do

lado e esse parque é bom para o que a gente faz. Visitas monitoradas com eles, o pessoal do parque é muito parceiro, eles falam da questão dos bichos também.

Igual uma vez, teve um dia que teve uma visita monitorada lá, inclusive eles estavam super empolgados porque iam ver animais diferentes, inclusive eu não pego em alguns animais lá e eu tenho pavor de sapo e eles estavam todos empolgados. Eu tenho foto deles pegando sapos. Ai meu Deus! Eu tenho medo demais daquele bicho e aí eles chegaram todos empolgados contando para mim: Marisa, peguei no sapo e eu falei assim: gente então não pega em mim não que eu tenho medo, eu disse, eu morro de medo daquele bicho.

Que aqui parece uma chácara, a gente brinca que aqui é o zoológico, porque lá já apareceu pombo, já apareceu sapo e eu disse: gente vocês vão lá para o zoológico e até hoje. Era o canil da casa, aí a gente subiu Drywall cimentício, se fez até o que é o quarto maior que a gente tinha e aí tinha que ser lá fora mesmo e eu acho que é isso Everton que eu poderia estar te falando e a gente vai dando seguimento com eles.

Essa paciente que eu te falei hoje ela seguiu a vida dela, está muito bem. O esposo dela é que continua aqui ainda. No grupo de teatro tem alguns que tocam instrumentos, no caso do esposo dela, dessa moça, ele toca violão. Eu tenho uma outra paciente aqui que deu nome ao CAPS, o nome Alegria de Viver foi dado numa Assembleia. A gente explicou aos pacientes que a gente estava passando por um período de transformação que o CAPS ia se transformar em CAPS III e que seria 24 horas e que muita gente ia ter leito, explicou tudo isso para os pacientes porque a gente gosta muito de trabalhar junto com eles

O que a gente também explica muito para eles essa que é a casa de vocês é uma casa que tem que ter regras, porque nessa casa moram mil e seiscentas pessoas, eu falo assim: gente na casa de vocês moram duas, três, quatro pessoas. Nessa aqui, não! Nessa aqui moram mil e seiscentas. Imagina se os mil e seiscentos chegarem aqui de uma vez, a gente não vai conseguir comportar os mil e seiscentos, mas, é vocês que vão ter que cuidar dela, vocês têm que nos ajudar tanto com a questão de fumar, não pode, é proibido fumar no ambiente de saúde, mas, eu também não posso colocar um paciente que não está bem para fumar lá fora.

Como a gente tem uma área muito ampla eu conversei com o pessoal da DRS da Diretoria Regional de Saúde e ela disse: Marisa manda ele fumar lá no fundo se porventura algum paciente desce, vem fumar aqui perto, os próprios pacientes corrigem, eles falam: não pode fumar aqui não, é lá no fundo que a Marisa fala, é lá no fundo que o enfermeiro fala, eles próprios corrigem tá entendendo? E vamos supor se deu algum problema no bebedouro e

acabou a água, eles mesmos falam: ah, Marisa acabou! Ou chama a enfermeira ou chamam o técnico, se alguns deles começam a se desentender, eles vem já chamar a gente e tal para dar um suporte. Porque a gente tem assembleia semanal, eles trazem muito isso para a assembleia.

Tem a horta comunitária que é deles. Eles entendem que a horta comunitária é deles, porém, não dá para todo mundo usufruir da horta, o que eles entendem, que no final de semana quem tá aqui come da horta. Imagina os mil e seiscentos para comer da horta? Não dá porque a horta é pequenininha. Então eu tenho três pacientes que tomam conta da horta e tem aquele um que se sente o proprietário da horta, ele acha ruim quando vai alguém lá e arranca alguma coisa da horta, ele fica nervoso, mas, aí no final de semana ele vem porque ele mora aqui perto do lado do CAPS.

Ele morava muito longe, mas, ele estava dando muito trabalho. Então a gente foi e conversou com a família: então aluga a casa de lá e aluga uma kit net aqui do lado e alugou essa kit net aqui do lado e ele está aqui e cuida dessa horta e ele pediu para fazer um espantalho e colocou na horta agora, recentemente.

Só que agora ele acha que está chovendo, está estragando o espantalho. A gente disse: isso é natural, vai estragar mesmo, aí você vai lá, na “TO” e faz outro espantalho e põe no lugar. Explicamos para ele. Então assim eles entendem que não dá para todo mundo comer da horta, mas, quem vem no final de semana, que fica na hospitalidade dia eles vivem e comem da horta e também porque no final de semana é mais tranquilo, então tenho a auxiliar Diana que tá aí ou alguém da enfermagem, fazem uma salada para eles, fazem algo diferenciado para eles, porque durante a semana é mesmo uma correria para parar alguém para poder fazer uma salada para eles, mas, no final de semana quem vem já faz.

Por que no final de semana eu tenho alguns que vem porque tem aquelas pessoas que têm familiares que não ficam em casa. Então eles vem passar o final de semana aqui, algumas atividades igual plantio de árvore que a rede faz, aí geralmente no final de semana a gente combina, um técnico vem para levar eles se acontece de fazer algum passeio de final de semana, também no bairro alguma ação que tenha no bairro no final de semana, a gente combina com eles e vem.

A gente gosta muito de fazer coisas que tem aqui no bairro para poder fazer eles saírem mesmo do CAPS e eu tenho alguns que vem sagradamente todo final de semana, eles vem almoçar, de jantar fizemos até a ceia de natal deles e réveillon. Infelizmente, eu não acho que é felizmente não, por que o certo seria a família, mas, a gente tem família que não faz,

inclusive ceia de natal e réveillon que muitos passam aqui. Agora mesmo no almoço de Páscoa teve dois que veio que já é de praxe, porque como a família não tem esse hábito então eles acabam ficando aqui conosco e todas as refeições, vamos dizer comemorativas, eles acabam ficando aqui no CAPS mesmo. Então a gente nunca deixa de fazer páscoa, natal e réveillon.

Então tem aqueles que como não faz em casa acaba fazendo aqui mesmo. Igual mesmo, agora na Páscoa, eu compro ovo de Páscoa para dar, compro, mas, a gente pergunta primeiro como é sua páscoa, porque a gente não pratica religião aqui dentro, a gente respeita a cada uma, mas, a gente pergunta: o que simboliza a páscoa? O ovo da páscoa? E depois a gente sempre faz uma brincadeira, esconde o ovo, manda eles procurarem, a gente faz muito isso com eles.

Então eles até cobram antes: Marisa vai ter e o ovo? Taí! Ele falou assim, taí uma né Marisa? Você acredita que eu não vou ganhar ovo esse ano? E eu respondo: ai, sério? Será que não vai ganhar? Aí eu digo, falo assim: olha que o coelhinho vai chegar, mas, vai chegar no dia, você está muito, muito antecipada, eu brinco, mas, eu nunca deixo de comprar um ovo para aqueles que a gente sabe que a família não se importa mesmo.

Então eu compro mesmo e a gente traz e no final do ano a gente sempre tem uma festa né? O dinheiro do Bazar, que é o que a gente tem, e da TO, porque tudo o que eles fazem a gente vende é eles que definem como eles querem gastar, se é um passeio, se é uma festa. É que os passeios, infelizmente, a gente só consegue atender quarenta e seis, que é um ônibus de cinquenta lugares, mais quatro lugares é para os técnicos porque a gente não tem como deixar eles irem só, né?

Então só vou atender quarenta e seis pacientes. Então assim para poder atender mais a gente acaba sugerindo que a gente faça uma festa temática. A última festa temática que eles sugeriram foi um baile. Um baile mesmo. A gente fez uma parceria com a casa transitória André Luiz que é aqui do lado, não sei se você chegou a visualizar a hora que você estava descendo? Fica aqui do outro lado da rua tem uma André Luiz e eles emprestaram para a gente o salão de festa e a gente decorou literalmente igual um baile de antigamente resgatando cultura mesmo.

Tudo a gente tem focado na cultura, a gente decorou e serviu. Ninguém ficou formando fila, não teve self service, quem foram os garçons fomos nós, os técnicos, e a gente chamou um DJ e pediu para tocar mais baile anos sessenta, mas, a fantasia não foi obrigatória,

porque nem todo mundo tem condições, então a gente deixou aberta, quem quiser vem fantasiado de anos sessenta e quem não quiser, não é obrigatório.

A festa foi totalmente gratuita, a gente fez uma mesa bem bonita e tal e a gente serviu eles nas mesas e a gente servia e bebia e voltava para dançar com eles aí a gente pediu feedback depois, o que eles acharam, a gente não fez comida, a gente fez salgadinho, refrigerante e água, porque nada de bebida alcoólica, até o vinho quente nosso é suco de uva. Na festa junina aí a gente perguntou o que eles acharam eles falaram que eles gostaram muito mais assim porque a gente participou mais, ficou mais com eles, a gente pôde dançar, a gente tirou mais foto e tal.

Olha que interessante, porque quando a gente faz almoço de final de ano, a gente que fica na cozinha, a gente é que fica lá, a gente fica para o lado de dentro e dessa vez a gente contratou o buffet, o cara só entregava e a gente servia, mas, já voltava para ficar com eles e eu falei: olha gente! E a gente nunca tinha parado para pensar nisso, eles querem mais a gente dançando, rindo com eles, a gente tira mais foto, a gente mais brinca, então a gente pensou, para festa de final de ano, a gente vai contratar um buffet e não a gente cozinhar. Porque das outras vezes a gente achava que se a gente cozinhasse para eles a nossa comida, a gente funcionários deles, fazendo comida para eles, seria mais gratificante. Olha a cabeça e dessa vez nós percebemos que nós contratamos o buffet e eles ficaram mais felizes

Então para a próxima vez, na festa de final de ano, nós vamos fazer diferente. Teve uma vez que nós alugamos uma chácara. Na época não era aqui o CAPS. Nós alugamos uma chácara e o cara não deu conta. Nós é que ficamos na cozinha. E eles falaram isso que com a contratação do buffet nós estivemos mais, mais tempo de ficar para eles e como o buffet era muito rápido, a gente só entregava, pegava e já ficava dançando junto com eles.

Então eles fizeram essa observação que me chamou mais atenção. Isso é legal porque a gente constrói tudo junto com eles, desde o nome do CAPS, que foi eles que escolheram, eles definiram e a gente só fez uma votação o Alegria de Viver foi eles que colocaram o nome e o mais interessante para mim foi a justificativa da paciente é que na inauguração do CAPS ela teve fala, a paciente. Ela explicou o porquê do nome Alegria de Viver que tem até um quadro lá na entrada, com a letra dela, eu não mandei digitar nem nada, eu disse: eu quero com a sua letra a justificativa do porquê do Alegria de Viver. Aí eu emoldurei, coloquei na moldura que tá lá na frente. Eu acho que você tem que valorizar isso, você tem que valorizar o paciente que tem que se sentir parte do CAPS, porque isso aqui é para eles, se ele não se sentir

valorizado, se ele não sentir. O pessoal ainda disse: você vai digitar? Eu disse: de forma alguma. Eu quero a letra dela na moldura, então eu emoldurei, a letra dela tá lá.

Outra festa que nós fizemos é que esse bairro é um bairro nobre, talvez você não conheça Sorocaba, mas, esse bairro é um bairro nobre. Quando nós chegamos alguns vizinhos meio que viraram a cara para a gente e tem um vizinho aqui no fundo que vira e mexe vem reclamar. E aí o que nós fizemos: ah! vamos fazer uma festa e vamos abrir o CAPS. Aí nós pegamos e fizemos uma festa junina, vou dar uma volta com você no CAPS, nós podemos dar uma volta hoje. Aqui no fundo tem um campo de futebol, nós montamos umas barracas, fizemos uma festa junina e colocamos os próprios pacientes para poder cuidar. A Priscila acompanhando. Eles fizeram um convite, colocaram festa junina no CAPS.

É lógico que nós obedecemos os horários, foi até às dez, isso tudo respeitamos, mas, foi uma festa aberta à comunidade e convidamos os vizinhos para poderem participar da nossa festa para que eles pudessem vir e pudessem entender que o CAPS não é um bicho de sete cabeças e que aqui não é nenhum lugar de louco igual a TV, às vezes as pessoas não entendem, nós fizemos uma festa junina aberta à comunidade, não foi a maioria dos vizinhos que veio, mas, um vizinho ou outro veio e participou da festa e a gente fez lanche de pernil, pastel, refrigerantes, vinho quente, essas coisas. Fizemos uma festa aberta ao público para que os próprios vizinhos conhecessem o que é o CAPS, como funciona o CAPS e deixamos o CAPS aberto e os próprios pacientes nos ajudaram a organizar nas vendas e tudo mais, para que eles pudessem conhecer os nossos próprios pacientes. Encerramos pontualmente às dez, desligamos o som e tudo mais para poder não infringir nada da lei. Então foi bem legal.

Quando eu cheguei em Sorocaba, foi na época do fechamento mesmo, eu fiquei dentro do hospital um ano quando eu cheguei aqui. Eu não escolhi a saúde mental, vou ser bem sincera para você, eu fui escolhida. Eu gosto, eu falo assim: eu não escolhi a saúde mental, eu fui escolhida. Eu sou de Minas Gerais, eu vim para cá em busca de emprego. Eu procurei meu Conselho na época e eles mandaram as vagas de emprego e estava lá, Jardim das Acácias e eu participei da seleção.

Até então quando eu cáí, eu vou ser bem sincera, eu cáí de paraquedas. Eu falei: meu Deus como é a saúde mental? Que até então tem todo estereótipo, eu vou trabalhar com paciente psiquiátrico? Paciente isso, paciente aquilo. E quando eu comecei a trabalhar eu vi que não era nada daquilo, a única coisa que você precisa ter com paciente psiquiátrico é paciência, carinho, saber ouvir, porque paciente psiquiátrico, sinceramente, são seres

melhores de você trabalhar, eu acho, que é melhor você trabalhar com paciente psiquiátrico, eu brinco, eles falam assim: Marisa as pessoas chamam a gente de doido, eu falo louco é quem tá lá fora, porque vocês, pelo menos, aqui tão fazendo tratamento, os lá de fora não estão fazendo não, eu brinco com eles quando eles falam isso comigo.

Eu conheci a realidade do hospital, isso foi noventa e nove? Eu cheguei em dois mil e nove, mas, eu entrei no Jardim em dois mil e dez. Agora já vai fazer oito anos que eu estou aqui. Aí foi bem no fechamento mesmo quando eu cheguei, foi na época que estava se preparando para fechar. Igual mesmo que o pessoal fala que toda aquela violação de direitos, aqueles horrores, aquilo eu não presenciei dos hospitais daqui, porque quem foi o recordista em violar direitos não foi o Jardim, que foi onde eu trabalhei, nós somos o único hospital em que as visitas chegavam de surpresa e nós fomos o único que chegava e abria as portas e deixava abrir.

Ai Marisa, Jardim um exemplo? Não, não estou dizendo isso para você, porque acho que hospital nenhum é o ideal, acho que Hospital Psiquiátrico eles tinham que ter melhorado muito para ser o ideal, o ideal seria, acho que nós vamos ter que treinar muito para ser o ideal, todos nós, sem exceção, acho que a gente ainda está trabalhando muito para ser o ideal até hoje.

A gente está trabalhando para ser o ideal, porque a rede ainda está precisando de muita melhora, a gente precisa de mais, a gente precisa de mais psicólogos, a gente precisa de mais assistente social, a gente precisa de mais terapeuta ocupacional, a rede precisa, a rede está em construção, se eu falar para você que a rede está cem por cento, ela não está. Eu tô na rede hoje eu te falei ainda está faltando mais um CAPS AD, está faltando, mais um CAPS mental, porque a rede foi a proposta, mas, ela não está pronta ela não está concluída, a rede está sendo construída ainda.

Acho que as ideias precisam se fortalecer mais. Os próprios técnicos que estão na Rede precisam entender, porque querendo ou não quando se fala em Psiquiatria as pessoas ainda têm um certo preconceito, até as pessoas que trabalham porque até então quando se fala em Psiquiatria as pessoas acham que é só um CAPS. O que o CRAS²³² não quer é um paciente psiquiátrico, a UBS não quer um paciente psiquiátrico, o UPH²³³ não quer é um

²³² CRAS – Centro de Referência de Assistência Social

²³³ UPH – Unidade Pré Hospitalar

paciente psiquiátrico. Nós não temos um pronto-socorro em Sorocaba. Essa é uma briga que a gente enquanto Rede tem.

As pessoas ainda não conseguem entender que o paciente chegou no SUS e a impressão que dá é que o paciente psiquiátrico é só paciente psiquiátrico e não é. O paciente psiquiátrico tem problema de coração, ele tem problema de diabetes, ele é hipertenso como qualquer outro paciente clínico, como qualquer outro paciente. Para você ter ideia, esses dias aí atrás me ligaram da UBS²³⁴: Marisa, eu estou com paciente aqui, ele é seu. Aí eu falei: mas, o que é que ele tem? Ele está se queixando de dor no peito? E aí eu peguei e falei assim, e daí é que ele foi na UPH ontem, agora ele está aqui na UBS porque ele não foi atendido no UPH, mas eu peguei e falei assim, mas, como assim? Aí eu falei assim: deixa eu pegar a ficha do paciente, aí eu olhei e falei: olha é um paciente super assíduo, vem todos os dias, três vezes por semana no CAPS, vem em todas as consultas, toma medicação psiquiátrica dele corretamente, eu falei.

Olha esse paciente é um excelente paciente de psiquiatria, não tem do que queixar dele. Se ele está se queixando de dor no peito, acho melhor vocês fazer um check-up nele. Será que esse paciente não está precisando de uma avaliação clínica? Aí, será que é isso Marisa? Só porque o paciente psiquiátrico não pode ser avaliado? É que às vezes a Rede pensa isso, se é da psiquiatria manda para o CAPS, isso é que precisa muitas vezes a Rede entender, essa dificuldade eu tenho muito. Se você chega no lugar e se você falar que você é de CAPS, eles não querem pôr a mão em você.

Isso eu tenho dificuldade um pouco com a Rede. Isso eu tenho questionado muito com a Coordenação de Saúde Mental, a minha maior dificuldade hoje é fazer com que as pessoas entendam que o paciente psiquiátrico não tem só a psiquiatria de problema. Essa é minha maior dificuldade hoje. Ele pode ser hipertenso, ele pode ser diabético, ter qualquer outra coisa clínica, como qualquer outro paciente.

Eu peguei bem pouco do hospital psiquiátrico mesmo, eu peguei já o fechamento, foi na época que eu cheguei, já estava todo mundo arrumando as malas para ir embora. Fiquei um ano mesmo dentro do hospital e já estava se falando em fechar. Foi o período do descredenciamento mesmo. Eu fui primeiro para o CAPS II como assistente social e aí como na época minha coordenadora estava com os projetos pessoais, ela acabou indo embora. Aí

²³⁴ UBS - Unidade Básica de Saúde

veio a proposta para assumir a coordenação, aí eu assumi. Já estou na coordenação faz três anos e foi justamente no período de transformação de CAPS II para CAPS III.

Esse CAPS aqui, o Alegria de Viver fui eu que montei junto com a minha equipe, porque eu não faço nada sozinha, acho que isso aí é o que valoriza você. Acho que ninguém é autossuficiente, acho que tudo você vai fazer junto com sua equipe, eu jamais daria conta disso aqui sozinha. Acho que desde minha faxineira até chegar em mim, acho que tem trabalhar junto.

Para você ter ideia eu tive um paciente no CAPS AD que ele não se abria com ninguém, só com a faxineira, para você ver que interessante, ele só se abria com ela, ele só conversava com a faxineira. Então ela era a ponte. Para você ver entre psicólogos, assistentes sociais e médicos, ele só conversava com a faxineira, por isso que eu acho que você tem que trabalhar muito em equipe, pois, tem muito paciente que se identifica com a recepcionista, pacientes que se identificam com a auxiliar de enfermagem, porque muitas vezes em psiquiatria quem escolhe o técnico de referência é o paciente.

Eu tenho paciente que se identifica muito comigo, mas, eu tenho paciente que não se identifica comigo, eu tenho pacientes que não gostam de mim, mas, ele gosta do enfermeiro, mas, ele gosta da outra assistente social ou do psicólogo. Então é com quem ele se identifica que ele vai. Eu tinha um específico que ele gostava da faxineira e ele só conversava com ela e é através dela que a gente ia fazer a ponte.

A questão do estigma eu acho que a gente jamais vai conseguir erradicar ele. Acho que erradicar a gente não vai conseguir, mas, a gente não pode desistir, a gente vai ter que lutar com ele constantemente e, infelizmente, a gente tem muito dele dentro da própria família. Esses dias mesmo eu peguei um paciente, gente ele é uma graça esse paciente sabe? Eu sou até suspeita em falar dele. É um paciente muito tranquilo e o maior preconceito, muitas vezes, está na casa, está no vizinho, tá dentro do ônibus, mas, eu também não posso prender meu paciente dentro de casa por conta disso, eu vou ter que preparar ele para isso, eu trabalho muito isso com ele: vou ter que te preparar para isso.

Que é o que eu te falei? Eu disse: gente vamos, vamos sair, vamos sim para São Paulo, vamos para o mercadão, vamos sim para o Hopi Hari, vamos sim para os parques daqui, então vamos para o shopping, porque não? Uma coisa que nós descobrimos agora, a credencial de ônibus no shopping mais chique de Sorocaba, eu falo do mais chique não é no mais fuleiro, eles têm o direito de assistir o cinema de graça, depois que nós descobrimos isso nós

estimulamos mesmo e eu pergunto como é que foi lá. É lógico que eu não pergunto: você sofreu algum preconceito? Eu digo como é que foi. Ah, Marisa! Foi legal. Foi assim, foi assado, justamente para ver como está sendo o trato com eles no shopping.

Então a gente vê assim que as pessoas estão aceitando mais. Uma vez ou outra acontece, ontem, disse um paciente meu, ele é uma graça também, eu perguntei como é que foi, ele disse: esse final de semana eu fiquei muito triste. O que foi que aconteceu? Você acredita que eu fui no aniversário da família e um cara que tava lá, não sei quem é, acho que é parente da minha tia, não quis sentar do meu lado, porque diz que eu sou louco. Eu falei: você é louco? Ele disse: não Marisa. Então eu falei assim: então se você não é louco, você não tem que ter vergonha não, sai assim mesmo, ele que é um preconceituoso, viva sua vida, tem pessoas que são assim medíocres mesmo, mas, você não tem que se trancar dentro de casa por causa disso.

Mas, eu vi que deu um baque nele. A gente estimula sabe e tenta sair mesmo com eles porque eu não posso mandar esse paciente ficar dentro de casa, muito pelo contrário, tenho que estimular ele a sair, a dar a cara pra bater, viver a vida dele. Eu tenho paciente aqui que se você olhar pra cara dele você vai ver que ele é um paciente psiquiátrico.

Mas, eu fiquei muito feliz esses dias que ele falou que saiu, ele e uma outra paciente aqui, para tomar um cafezinho, aí chegou lá, o cara falou assim: não, não pode ficar, eu não vou cobrar o cafezinho não, porque eu achei você muito gente boa, eu fiquei muito feliz do cara ter falado que ele é gente boa e não cobrou o cafezinho dele. Só que eu falei assim: não vai abusar agora, ficar só indo lá no cara e ele falou assim: ai Marisa estava com vontade de ir lá de novo, aí eu falei: olha, já é abuso.

Eu tenho um paciente aqui que foi um caso de “desinst²³⁵” que não deu certo porque infelizmente a família não aceitou ele. Eles vieram aqui e disseram literal: nós não queremos mais ela e abandonou ela aqui no CAPS e ela está aqui comigo. Foi uma desinst que infelizmente não foi bem preparada e não deu certo e a gente leva ela fazer compra essas coisas e ela é só você olhar para ela que você vai ver que ela é uma paciente psiquiátrica e os resultados que a gente tem com ela são muito positivos.

Toda loja que a gente entra com ela é igual, eu falei, percebe-se que ela é paciente psiquiátrica, mas, a gente também é como se fosse um acompanhante terapêutico, geralmente ela vai com a Taís e com a auxiliar de enfermagem. Só que como eu te falei, elas não vão com

²³⁵ Desinst – abreviação para desinstitucionalização

crachá, a impressão que dá é que é um familiar para quem não conhece e toda loja que ela entra as pessoas recebem ela muito bem. Esses dias levamos ela lá no Boticário, vamos comprar para ela um perfume diferente, porque a gente conseguiu o benefício para ela, aí levamos ela para o Boticário, aí o pessoal recebeu ela super bem no Boticário, foi super legal, maquiaram ela, levou ela um dia para cortar cabelo e eu fico feliz quando eu recebo essa devolutiva das meninas que tratam ela muito bem.

Diferente da Receita Federal que tratou ela super mal. Não é que tratou ela mal, mas, é que trataram ela com medo, porque realmente ela falava assim que ela queria ir no banheiro, deu uns gritos lá dentro, a gente pediu fulana isso não é assim, você é moça, tem que se comportar, a gente fala bem baixinho no ouvido dela para não chamar atenção das outras pessoas.

O cara da Receita Federal, quando atendeu ela, tava assim e atendeu rápido para ir embora, diferente das lojas. Ela é pequenininha, ela é bonitinha, sabe? Aí as moças falaram assim, a mulher calçou no pezinho dela, que é torto e tem muita dificuldade para passar sapato, e disse que a moça da loja foi super educada, desmanchou a loja até achar um sapato que cabia nela, no pé dela.

Você vê que é realmente uma vendedora que está disposta a vender e atender. No dia que ela chegou no Boticário, a mulher maquiou ela, eu achei muito legal essa devolutiva que deu, só que, infelizmente, nem todo mundo é assim. Já na Receita, o cara, eu achei que ele estava com medo. Esses dias nós fomos levar dois pacientes para tirar documentos, foi super legal também, só que já foi no Poupa Tempo.

O rapaz perguntou: eles são pacientes psiquiátricos? Sim, eu falei, são, eles são do CAPS. Ele virou e falou assim: é eles são pacientes psiquiátricos, mas, eles são tão tranquilos né? Sim, eu falei, são eles, são pacientes psiquiátricos, não estão em surto constantemente. Aí o cara perguntou: mas, eles entram em surto? E eu disse: se faltar o acompanhamento e o medicamento pode ser que sim, mas, não quer dizer que vai. Ele falou assim: nossa! Mas, é legal esse trabalho de vocês. Então tem gente que entende, tem gente que não entende.

Isso é muito relativo mesmo, mas, é uma coisa legal, que antigamente as pessoas queriam que se criasse uma jaula e que ficasse lá dentro. Hoje em dia a maioria das pessoas consegue entender e eu tenho paciente aqui que quando eu fui buscar ele, na casa dele, pela primeira vez, ele me botou para correr com a foice, hoje ele vai e volta com a credencial e eu pergunto como é que foi, como é o que foi o seu curso, como é que está indo. Ah Marisa,

tranquilão. Ajudei um cara no ônibus hoje. Ele ajuda as pessoas e ele é um cara que, se você olhar para ele, você vai ver que ele é um paciente psiquiátrico.

Então hoje ouvindo esses relatos eu fico mais feliz e te digo está para nascer alma boa igual a desse paciente, quando ele me chama às vezes, tô cheia de coisa para fazer, mas, ele queria falar comigo. Eu quero conversar um pouco com você! E eu paro para ouvir. Sabe porque? Porque eles precisam disso, porque nem todo mundo tem coragem.

O perfil sócio econômico a gente não tem isso tabulado. Eu vou te falar o que eu pude perceber. É lógico que a maioria dos meus pacientes têm um perfil sócio econômico mais baixo mesmo e um poder aquisitivo mais baixo, mas, não é exclusivo dele. Eu tenho pessoas de nível superior aqui também, as pessoas ainda brincam comigo: ai Marisa, depois que você foi para o Jardim Europa você está com padrão alto. Esses dias chegou uma ambulância da PREMED aqui e a ambulância da PREMED é particular. E no mesmo dia estava tendo reunião da Rede aqui e o pessoal viu.

Eu tenho aqui pacientes de convênio se eu falar para você, eu tenho sim, porque aquela questão do atendimento multidisciplinar, eu já escutei isso do próprio paciente, eu preferi o CAPS, porque aqui vocês têm uma equipe maior. Eu tive um paciente da UNIMED que ele só deixou de ser meu paciente no dia que ele entrou em alta celestial, então a esposa dele veio agradecer toda a equipe: olha por mais que ele tinha Unimed eu ainda preferia vocês.

Eu tinha sim, mas, a minha maioria, era realmente paciente SUS, que são pacientes de poder aquisitivo mais baixo e aí você vai me perguntar assim: nossa Marisa, mas, você atende paciente de convênio? Sim, o SUS tem as portas abertas eu não posso discriminar uma pessoa porque ela tem o poder aquisitivo mais alto e saúde é direito de todos e dever do Estado. Então, se a pessoa nos procurou, eu vou atender ela, porque eu não posso excluir ela, eu não posso falar assim, que você não vai ter atendimento aqui, isso não posso fazer, mas, a questão da família, a família é extremamente importante.

Eu tenho dificuldades um pouco com a família por isso criou-se o grupo, então a gente convida, a gente estimula a família a participar e foi um grande avanço esse grupo da família, porquê quando a família se dedica e participa a vitória é garantida. É lógico, eu vou atingir a cura? Não porque eu não conheço nenhum esquizofrênico que conseguiu se curar. Hoje é o que a gente explica muito para eles, para a esquizofrenia existe tratamento, cura que eu saiba

ainda não. Hoje mesmo estou com meu médico, um dos psiquiatras, eu tenho três psiquiatras e sete residentes. Hoje um dos meus psiquiatras está em um congresso na Jamaica.

É lógico que ele traz a novidade. Ele passa para a gente tudo em aula, a aula dele está programada para o dia vinte e cinco. Ele foi no congresso e no dia vinte e cinco ele dá aula para equipe. Ele repassa em aula, mas, assim criou-se o grupo, para ensinar como lidar porque a família questiona muito isso: ai, mas ele não dorme! Ai, mas esse paciente está dando trabalho! Ai, mas ele é isso, ah eu não consigo lidar, ah tá acontecendo aquilo. A gente tinha muita dificuldade aqui em Sorocaba porque antigamente era assim o paciente ficou ruim interna e acabou-se isso para uma cidade que tinha quase mil leitos e hoje ela tem o quê? Dez, doze. Olha a redução de quinhentos leitos para dez leitos. É muito grande, eu não sei dizer, menos de dez por cento, cinquenta? Tem bem menos que isso hoje, nós temos dez leitos em Psiquiatria. Eu tenho seis, mas, três masculino e três feminino e o Arte do Encontro também tem seis, três masculino e três feminino.

Só que realmente se o paciente tem surto eu não consigo manter ele aqui porque meu leito é de acolhimento. Então, assim, olha a redução, era mais ou menos isso, era uns quinhentos leitos em Sorocaba e outra coisa, para a gente manter esse paciente estável sem ajuda dessa família. Não me diga se esse paciente não toma a medicação direito em casa ele realmente vai entrar em crise. Eu tenho paciente aqui que era um caso grave e ele toma Olanzapina²³⁶ e quando começa acabar ele fala: Marisa não posso ficar sem essa medicação.

E hoje, infelizmente, estamos passando um processo muito difícil como o Olanza que é um remédio de alto custo e quem fornece é o Estado e o Estado está com dificuldade de fornecer essa medicação, está atrasando. E ele sabe que sem essa medicação, ele não fica bem, ele fica na minha cola quando ele sabe que a irmã dele foi buscar e não conseguiu: Marisa, eu não consegui.

²³⁶ Segundo o site da Anvisa “a olanzapina é indicada para o tratamento agudo e de manutenção da esquizofrenia e outros transtornos mentais (psicoses), nos quais sintomas positivos (exemplo: delírios, alucinações, alterações de pensamento, hostilidade e desconfiança) e/ou sintomas negativos (exemplo: afeto diminuído, isolamento emocional/social e pobreza de linguagem) são proeminentes. A olanzapina alivia também os sintomas afetivos secundários na esquizofrenia e os transtornos relacionados. A olanzapina é eficaz na manutenção da melhora clínica durante o tratamento contínuo nos pacientes que responderam ao tratamento inicial. A olanzapina, em monoterapia ou em combinação com lítio ou valproato, é indicado para o tratamento de episódios de mania aguda ou mistos do transtorno bipolar, com ou sem sintomas psicóticos e com ou sem ciclagem rápida. A olanzapina é indicada para prolongar o tempo entre os episódios e reduzir as taxas de recorrência dos episódios de mania, mistos ou depressivos no transtorno bipolar.” Extraído do site http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=24940842016&pIdAnexo=4023290 com acesso em 22 de agosto de 2017.

Marisa o quê que eu faço? E o que a gente muitas vezes faz? Os nossos médicos ganham amostra grátis no consultório particular e os médicos fornecem, muitas vezes, do consultório particular. Só que eu tenho mil e seiscentos os que tomam Olanza devo ter muito, mais de uns trezentos.

Mesmo os médicos ganhando a gente não consegue fornecer para todo mundo, então o próprio paciente por mais que ele é grave eles sabem da importância daquela medicação e muitas vezes a substituição da medicação também é complexa e também aí o apoio familiar, o cuidado com esse paciente, aí criou-se o grupo de família, para que a família possa apoiar uma a outra, entender um pouco de uma dinâmica de uma família com a outra, o apoio do CAPS para essa família, porque se a família não seguir a orientação da equipe do CAPS e não se apoiar, fica mais dificultoso o nosso trabalho.

É função do CAPS apoiar essa família, orientar, mas, se a família não aceita, dificulta mais ainda meu trabalho. Aí criou-se o grupo de família que é um grupo muito legal, é um grupo muito amadurecido, é toda segunda-feira. Hoje foi um dia do grupo de família e ele é coordenado pela psicóloga, a Renata. É ela que cuida deste grupo, é um grupo que amadureceu muito, muito mesmo e surtiu um efeito bem positivo.

Eu tenho pacientes que infelizmente tem que ficar encostado e eles recebem benefícios, eu tenho funcionários públicos que estão afastados, eu tenho funcionários que tem aquele benefício de prestação continuada que é o BPC, que veio com a Lei Orgânica Assistência Social – LOAS. Eu tenho pacientes que estão afastados temporariamente e esses, muitas vezes, ficam monitorados pelo CAPS e fazem algumas atividades, mas, continuam trabalhando também, às vezes afasta por um mês por dois e aí volta, depois retoma o trabalho, tenho vários tipos de pacientes que a gente chamava antigamente de pacientes que eram divididos em intensivo, semi-intensivo e não intensivo e agora acabou isso, mas, os intensivos eram aqueles que vinham três vezes por semana, o semi-intensivo, uma vez por semana no CAPS e o não intensivo que só passava com o médico.

Mas, o paciente que consegue ter uma estabilidade, ele consegue ter um trabalho e fica com o médico, ele continua só com a visão do médico muitas vezes, ele vem só com o psicólogo uma vez por semana, aí a gente dá uma declaração de que ele vem no CAPS uma vez por semana ou com o psicólogo ou com o terapeuta, mas, ele continua trabalhando.

Tenho paciente que está trabalhando sim. Aí quando ele melhora e vê que ele está muito bem a gente encaminha ele para a UBS, para matriciamento e eu tenho pacientes que

recebem benefícios sim. Eu tenho pacientes que realmente não tem condições de trabalhar, não tem mesmo, mas, a grande maioria, não é uma minoria, que foi esse caso desse paciente que eu te falei, que necessita mesmo do Olanza e ele não tem condições de trabalhar, mas, ele faz alguns biquinhos uma vez ele limpou um terreno, ele disse: Marisa, esse final de semana eu limpei um terreno e ganhou alguma coisinha e efetivamente uma carteira assinada ele não tem condições.

É que a gente não consegue o benefício para ele porque o Benefício de Prestação Continuada que vem da Lei Orgânica da Assistência Social, LOAS, ele tem a renda per capita de um quarto do salário mínimo e ele não se enquadra porque na casa dele tem uma pessoa que trabalha de carteira assinada e eles são três pessoas que sobrevivem sobre o mesmo teto, então ele não enquadra, então ele não tem direito de adquirir esse benefício, mas, ele faz um biquinho ou outro, então, infelizmente, mesmo sendo uma renda per capita tão baixa, ele não tem perfil.

Eu sempre penso positivo, eu acho que sempre vai melhorar. Então vai abrir-se novas residências terapêuticas para concluir o fechamento do Vera, porque o Vera na verdade hoje, Vera Cruz que é o hospital que hoje é o último, na verdade, hoje ele existe como polo de desinstitucionalização, ele não está lá como Hospital Psiquiátrico, ele não recebe mais internação, uma vez que se sai do Vera não entra mais, ninguém mais volta, nunca ouvi falar volta para o Vera. Saiu do Vera, encerrou-se o leito.

Então ele está lá como polo de desinstitucionalização. Então vai-se abrir novas residências terapêuticas para poder reabilitar esse pessoal para uma nova vida, uma garantia de direito para eles, eu tenho esperança que até o final desse ano encerra-se. Falavam até o final do ano passado, então como não foi fechado até o final do ano passado, vou dar um prazo maior até o fim deste ano, até o final deste ano a gente consegue completar essa rede tão sonhada, com mais o terceiro CAPS, que é CAPS da leste, mental, e que esses pacientes estejam já nas suas residências terapêuticas que são a casa deles, que é uma garantia de direito deles, eles estejam reabilitados já.

Que essa Rede, que essas UBS já estejam mais alinhadas, com equipe NASF²³⁷ que é meu sonho para cada um com suas equipes NASF, as UBS com os seus psiquiatras, porque hoje nós temos um psiquiatra de referência para cada quatro UBS, que meu sonho eu já estou profetizando, que cada UBS tenha seu próprio psiquiatra, que seria o ideal para a gente hoje,

²³⁷ NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

que os CRAS e os CREAS²³⁸ conseguissem entender melhor e receber melhor os pacientes psiquiátricos, porque eu não culpo muitas vezes eles, porque o que falta mesmo é equipe, eles até tentam, não é por falta muitas vezes de interesse, é porque está faltando pessoas na equipe mesmo, porque fica difícil você trabalhar se você não tem equipe, porque quando você tem equipe as coisas ficam mais fáceis.

E o nosso tão sonhado pronto socorro psiquiátrico porque o CAPS não é um pronto socorro gente, porque você pode ver o CAPS é uma casa, e uma casa não dá para se tornar um pronto socorro, como você vai fazer uma medicação de uma droga mais complexa para um paciente. Vamos supor, se ele chegar realmente em surto esse paciente, eu não tenho suporte para ele, aí tem que ter um pronto socorro, seja no hospital eu preciso de um médico clínico, um carro de referência, eu preciso de aparelhos para isso, aqui não, aqui eu não tenho esse suporte então, assim, para que seja um pronto socorro tem que ser um hospital.

Aqui por mais que eu seja vinte e quatro horas, eu não posso transformar isso aqui em um pronto socorro. Eu posso até ter um médico vinte e quatro horas aqui, mas, pronto socorro isso aqui não pode virar, a gente está brigando bastante nas reuniões da RAPS no grupo condutor, estão definindo se vai ser o regional que é Hospital Regional, o conjunto hospitalar de Sorocaba né? Eles alegam que eles são do Estado e o Estado não tem como assumir um município. Então é uma briga burocrática que eu nunca vou conseguir entender e não vou conseguir te explicar e eles falam que o UPH não tem um psiquiatra, então fica nessa questão, então a gente tem brigado muito por esse pronto socorro de psiquiatria, para que ele possa sair dos nossos desejos, porque ele não está nem no papel ainda.

O CAPS III, na verdade, já foi a licitação, foi a primeira vez a promotoria pública impugnou o edital, aí agora fiquei sabendo que seria até o final do mês passado, não saiu, então creio eu que sai até o final deste mês e o próximo edital com mais catorze residências terapêuticas a gente está trabalhando para isso. Então imagino que sai sim e as minhas esperanças e as minhas expectativas é que melhore sim, porque a demanda, ela tá gritante e ela está batendo na porta.

Se não tivesse demanda, eu falaria para você, não vai sair, não vai acontecer, mas, tem demanda, então se tem demanda vai ter se dar um jeito.

Eu creio que a violência, tem a ver o uso de drogas abusivo, eu acho que a questão até econômica mesmo do país está influenciando muito, a questão do desemprego. Muitas vezes

²³⁸ Centro de Referência Especializado de Assistência Social

quando vou fazer um acompanhamento, que é o primeiro acolhimento, uma das maiores queixas é o desemprego, esses dias mesmo atendi um rapaz muito jovem e a queixa dele foi, disse a esposa, por incrível que pareça, a queixa dele foi desemprego, a esposa disse que depois que ele perdeu o emprego ele ficou assim e não é o primeiro.

E muita coisa vem aparecendo também, tentativa de suicídio por conta de desemprego então eu acho que a questão política e econômica hoje do país está influenciando também a saúde mental, é porque no meu caso eu não pego muita droga, porque o meu CAPS é mental. Mas, nós temos um CAPS que é AD e a outra coordenadora comenta muito que a questão do usuário de drogas está crescendo muito e ela fala também dessa questão econômica, que a gente troca figurinha né? Então ela comenta sobre isso, que isso influencia muito.

A questão de fim de relacionamento tá vindo muito e a pessoa começa a absorver aquilo, a questão histórica mesmo dessa demanda que estava bem reprimida no município mesmo, que vem já há algum tempo do fechamento dos hospitais e que a pessoa já tem aquele histórico de longas internações, que ela já tinha a questão da família não entender aquilo e às vezes de não cuidar direitinho, de não dar o medicamento correto, isso tudo ajuda.

Agora quando a pessoa segue o tratamento corretinho, é bem mais tranquilo. Já te falei o caso daquela paciente que nem medicamento ela toma. Quando o paciente se dedica e a família também, a família dá o medicamento, a terapia, a participação nas atividades, daí a vitória, não vou dizer cem por cento, porque é muito, mas noventa e oito por cento. E o marido dela. O marido dela está muito bem também e a gente ainda não deu alta para ele. Ele continua aqui, continua no grupo de teatro, continua com as pinturas.

A gente tem uma verba mensal que é direcionada para compra de material e a gente trabalha com eles de forma terapêutica esses objetos que você viu aí que é pano de prato, tem patchwork, tem caixinhas, eu não sei se ainda tem aí, mas, tinha chinelinhos havaiana também decorados e o que acontece? Isso vai para venda e foi definido em assembleia junto com eles o futuro desse dinheiro, o que a gente faria e eles votaram e optaram para o passeio, isso por que não ia beneficiar somente quem está no grupo, beneficiaria todos os pacientes.

Porém, no passeio é como eu te disse é cinquenta lugares no ônibus e eu consigo beneficiar quarenta e seis pacientes, porque quatro lugares são de técnicos, porque os técnicos têm que acompanhar, não posso deixar eles irem sozinhos, normalmente alguém da enfermagem, alguém da terapia ocupacional e mais dois técnicos, então eu consigo beneficiar somente quarenta e seis. Como é feita a escolha desses quarenta e seis pacientes?

Isso também foi definido em assembleia com eles, que quem tem interesse de ir, quem tem disponibilidade naquela data, vai fazer a inscrição e se ultrapassou as quarenta e seis vagas que a gente tem, a gente faz um sorteio.

Se apenas quarenta e seis fizeram inscrição, vão os quarenta e seis, mas, geralmente ultrapassa e a gente tem que ir fazer um sorteio sim. Porém, da primeira vez que a gente fez, duas pessoas, no dia do passeio não vieram, aí quando a gente fez a devolutiva na assembleia as pessoas que fizeram a inscrição se sentiram lesadas. Aí eles falaram assim: eu achei que foi sacanagem, a gente fez um sorteio e essas duas pessoas não foram, isso foi um desrespeito conosco.

Então a gente falou assim: o que é que vocês acham que deve ser feito? Essas duas pessoas não podem participar do próximo sorteio, o que todo mundo achou justo. Então essas duas pessoas no próximo sorteio não puderam participar, então assim todo mundo agora ficou esperto que pode fazer a inscrição, mas, que se for sorteado tem que se comprometer, porque também não acho justo, porque na verdade foi feito um sorteio, ela foi sorteada, foi contemplada com a vaga, por que é gratuito, geralmente a instituição paga o ônibus ou paga metade do ônibus porque como eu te disse, nem todo mundo que vai para o passeio tem condições de pagar um lanche, quem tem condições de pagar o lanche paga, a gente combina tudo isso, gente que tem condições de pagar o lanche paga e para quem não tem condições a gente paga.

Quem vai pagar é o dinheiro da TO, porque a gente não vai deixar o paciente deixar de ir porque não tem dinheiro para o lanche, por que a gente quer beneficiar todos iguais. Igual o sanduíche de mortadela no Mercado Municipal não é barato, na época que a gente foi era vinte e cinco reais parece. No Hopi Hari a gente só paga o ônibus que o Hopi Hari banca alimentação.

É mais tranquilo dependendo do passeio que a gente vai. Agora mesmo queremos ir para o zoológico em São Paulo, eles pediram se eles podem conhecer o zoológico de São Paulo, eles querem ir à praia, mas, a praia é complicado para ir, que foi o último passeio que eles pediram então a gente combina sempre assim porque a renda não é muito. Tipo assim, uma caixinha dessa, ela a preço de custo, por exemplo, saí por dez reais e a gente vende por quinze.

Essa casa na verdade é assim, tanto que esse CAPS é o caçulinha, é o CAPS mais jovem de Sorocaba, porque tive muita dificuldade de encontrar a casa, essa casa ela foi toda

adaptada. Inclusive depois que eu montei ela eu fiz toda a adaptação, eu tive que chamar uma arquiteta. A arquiteta fez toda a planta dela, porque isso aí vai passar por um advogado, pela vigilância sanitária, pelos bombeiros. Inclusive agora a vigilância veio por que é anual a licença dela, o bombeiro dá por três anos, mas, a vigilância me dá ela anual, tanto que agora mesmo estou correndo atrás de novo da nova licença que vira e mexe eles pedem coisas novas.

Então você pode ver que essas paredes aqui são de Drywall. As internas é só drywall, as de fora é drywall cimentício, que podem pegar chuva, então tem algumas adaptações que foram feitas. Teve que puxar a pia igual tem nos consultórios. Isso aqui é uma sala de acolhimento, então não precisa, mas, os consultórios médicos tem que pôr uma pia. Agora mesmo eu não tenho um banheiro de deficiente físico, vou ter que fazer porque eles não aceitaram o banheiro do leito. Até hoje deficiente físico eu tive um e a gente fala que são pacientes fora do sistema né? E eles não aceitam ele usar o banheiro do leito, então vou ter que adaptar um do lado de fora.

Igual a piscina mesmo, você pode observar que a piscina foi toda cercada, você vai me perguntar: Marisa você usa a piscina? Eu uso o dia que eles me pedem em assembleia. Eles falam: Marisa tá calor, a gente pode usar? A gente faz a semana da saúde aqui e na semana da saúde a gente para as atividades do CAPS e foca só em temas de saúde, aí a gente trabalha dengue, educação sexual, saúde da mulher, saúde do homem, inclui também a coisa da beleza, como fazer a higienização do corpo, corte de cabelo, manicure, massagem.

Aí a gente chama as parcerias, é uma semana gratuita, nessa semana quem chega aqui no CAPS, no caso os familiares podem participar, não só os pacientes, tá entendendo? Aí todos os lanches, é tudo natural e só fruta, tudo alimentação saudável, aí vem nutricionista fazer palestra, vem massoterapeuta, tem as manicures de fora, vem o pessoal da Mary Kay, o pessoal do Boticário, vem o pessoal fazer escova no cabelo, a gente só trabalha a questão da saúde.

Aí na piscina faz hidroginástica, as brincadeiras na piscina também, a gente procura época que é calor justamente para poder usar a piscina. Tem alguns momentos que a gente usa a piscina do CAPS, tem momento que a gente cuida da piscina, a piscina, na verdade, ela é cuidada mensalmente, mas, a gente não usufrui dela todo mês por conta disso.

Como eu te falei a gente tem a professora que faz pilates aqui também, a fisioterapeuta a gente tem ela uma vez por semana, eu divido ela com outro CAPS, eu tenho educadora

física, fisioterapeuta e médico residente em psiquiatria, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, assistente social, terapeuta ocupacional, farmacêutico, porque no CAPS o que não tem geralmente é fisioterapeuta e farmacêutico, porque nos CAPS, nesse e no AD, a gente fornece medicamento e a gente tem um grupo de saúde que é só para tirar dúvidas de medicamento, toda quarta-feira a tarde, se não me engano.

Ele é um grupo aberto. É um grupo assim que ele não gera falta. O que é um grupo aberto? É um grupo que o paciente vem espontaneamente, a gente divulga esse grupo e o paciente que tem interesse vem para participar. Tem um grupo de caminhada, tem um grupo de saúde, temos um grupo de psicologia também, que trabalha temas, essa semana foi a depressão, na outra semana, vamos supor, vai falar sobre a esquizofrenia e eles que escolhem.

O grupo de cinema também é um grupo aberto, quem escolhe o próximo filme sempre são os pacientes e depois do filme tem um debate. Esses grupos são os grupos que a gente chama de grupos abertos. Aí tem os grupos que são fechados e tem que ter inscrição para participar, igual grupo de teatro, o de psicologia, o de artesanato, o grupo de alongamento, o de memória, o de relaxamento, porque cada um tem seu foco, tem seu objetivo, nós temos atividade o dia inteiro, com várias atividades diferentes, vários grupos e cada grupo tem seu objetivo.

O de relaxamento na verdade não acontece aqui dentro do CAPS não, ele acontece lá no Parque da Biquinha por conta do barulho mesmo, porque aqui no CAPS eu não conseguiria fazer ele, então tem que ser lá no parque por conta da movimentação, do barulho e relaxamento é justamente o momento para o paciente relaxar, aqui não ia relaxar e também para aproveitar o território.

Os alongamentos acontecem também aqui dentro e acontecem fora porque a gente tem a pista de caminhada e no final da pista de caminhada a gente tem aquela academia ao ar livre e também tem uma cobertura.

Na verdade eu nunca fui, é por foto que eu sei, aí tem uma cobertura que dá para eles fazerem um alongamento e por mais que a gente tenha um campo de futebol, aqui no bairro a gente tem também um campo de futebol, a gente usufrui também o campo de futebol do bairro, porque ele é aberto, não é fechado nem nada e no bairro tem, então a gente faz também futebol lá, foi lá que a gente conheceu o pessoal do plantio de mudas, aí eles convidaram a gente, então a gente leva os pacientes, geralmente no final de semana, para fazer plantios de mudas de árvore e a gente foi convidado para poder fazer o plantio nesse campo. Aí o

Jefferson psicólogo levou para fazer, já é o terceiro sábado, se não me engano, que eles foram fazer o plantio de mudas de árvore.

Quero deixar uma mensagem para que as pessoas abram as portas, que aceitem mais os nossos pacientes, acolham, por que são pessoas maravilhosas, acho que é isso mesmo, abrir as portas para eles, ouvir eles, porque acho que a gente tem muito que aprender com paciente de saúde mental, que conviver com eles, eu te digo que sou uma pessoa muito melhor depois que eu aprendi a conviver com eles que são pessoas incríveis. Eu sou suspeita porque eu sou apaixonada pela saúde mental, hoje eu amo o que eu faço vou te dizer, eu caí de paraquedas aqui e hoje eu não me vejo em outro lugar, a saúde mental realmente me escolheu, não foi eu que escolhi, hoje eu sou super feliz e realizada de estar na saúde mental, gosto muito do que eu faço.

Claudia

Em dois mil eu me formei e já vim em 2001 com o desejo de trabalhar na saúde mental. Sabia que Sorocaba tinham vários hospitais, mas, não sabia a dimensão disso tudo. Eu vim, pra trabalhar como estagiária. Na época um conhecido meu tinha contato com uma pessoa do Hospital Teixeira Lima (Instituto Psiquiátrico Professor André Teixeira Lima - Sorocaba) e pediu para que eu pudesse ter uma vivência, já ofereci voluntariamente para que fosse aceito, e entrei trabalhar lá em fevereiro de dois mil e um.

Eu entrei com a proposta de conhecer os grupos de Psicologia, de Terapia Ocupacional no Hospital e as ações da equipe. Me lembro que na época as profissionais (que hoje são minhas amigas) tinham muita dificuldade de me permitir entrar para assistir os grupos, entendendo que aquilo poderia ser invasivo para os pacientes. Eu estive lá nessa posição por pouco tempo (pouco mais de três meses), foi uma experiência legal e já bastante intensa.

Participei de alguns grupos e nessa época foi a primeira vez que eu fui agredida por uma paciente, foi a primeira “apanhada” já nesse início. Eu entrei e tinha uma paciente bem confusa. Ela estava muito delirante e deu um tapa no meu ouvido e disse:

- Você está me perseguindo!

Na época existia o CAV- Centro de Apoio Vigiado, que era um quarto fechado, onde pacientes agressivos que ofertavam risco permaneciam até ficarem mais calmos. Eu estava

indo atender uma paciente que estava dentro desse apoio vigiado e veio uma de fora e me agrediu.

Participei nesta época de alguns passeios também. Então assim consegui ter uma noção bem superficial do que era um hospital psiquiátrico. Esse era o Teixeira Lima. Isso foi em fevereiro de dois mil e um, quando foi mais ou menos em maio, me fizeram uma proposta, por que tinha um hospital psiquiátrico em Pilar do Sul que, também é aqui na região, e estava em processo de fechamento e, uma proposta de ir trabalhar lá, daí já era remunerado. Meu primeiro emprego formal.

Fui imediatamente e trabalhei nesse lugar um ano. O trabalho nesse Hospital Psiquiátrico Pilar do Sul foi justamente trabalhar para o fechamento. O que vejo de importante é que ao longo da minha vida eu entendi como se dá o fechamento das instituições, mesmo que a pior delas, é muito triste para os pacientes, porque eles rompem vínculos, rompem rotinas, perdem pessoas, eles perdem objetos, eles perdem costumes, uma parcela de coisas. Então eu acho que esse meu período lá foi importante porque eu era nova, eu era recém-formada, eu tinha só essa vivência desse estágio de alguns meses no hospital Teixeira Lima, que foi muito rico para mim para que eu engatasse lá profissionalmente.

Só que lá era um Hospital Psiquiátrico em que os pacientes psiquiátricos já estavam indo embora, acompanhei a ida de alguns (para hospitais nas cidades vizinhas - Salto de Pirapora, Piedade) eu não sei dizer precisamente quantos pacientes tinham no hospital, quando eu entrei só ficaram cem e só eram quadros neurológicos bem graves. Então era um hospital psiquiátrico que já estava sendo desativado. Em Pilar do Sul que tinha cem usuários neurológicos, eram muitos cadeirantes, era muito paralisia cerebral. Era horrível. Tinham várias alas desativadas e tinha duas alas em funcionamento. Corredores imensos e gelados. Num extremo a entrada e a administração e grandes corredores, onde dormiam, no outro extremo, local onde se realizava as atividades, refeitório.

Foi a primeira vez que eu entrei em contato com gravidade de caso, mesmo porque o Teixeira Lima não tinha casos tão graves assim e o Hospital não, eram largados pelos seus gestores. Não tinha essa coisa de expandir projetos, então lá eu criei dois projetos que era sair com os deficientes visuais no entorno, porque o hospital era um quarteirão inteiro bem grande, sair para que eles conhecessem a rua um pouco, despertando outros sentidos de audição e tato, na caminhada era um grupinho de deficientes visuais, que acabaram morando no Hospital Psiquiátrico porque tinham uma deficiência intelectual associada, mas, eles

tinham a consciência preservada, acabaram que ao longo da vida tiveram suas sequelas por conta de falta de estímulo também, e com os cadeirantes a própria equipe saía empurrando as cadeiras.

Os cadeirantes eram, digamos assim, “os mais conscientes”. Então eu e a equipe desenvolvemos todo um projeto com eles para o fechamento do hospital. Era uma equipe muito bacana, mas, lá os administrativos eram péssimos.

Tinha um grupo que nunca saía do quarto, que a gente chamava de “acamados” que, infelizmente, era raro um banho de sol, não tinha pelo menos, na época em que eu cheguei já era bem precário, sem nenhum recurso extra, profissionais em escassez. E também tive uma experiência de um momento que a gente organizou, em um Natal que eu quis inovar. Combinamos, em equipe tirar todos os acamados pra fazer um banho de sol, pegar vários doces, cada um levar um prato e a gente colocou como se fosse um piquenique no gramado, que era um hospital bem grandão.

Nessa época tinha uma administração que, segundo informações, eram empresários, que não tinham nada a ver com saúde e eles não moravam em Pilar do Sul. Então, era recurso zero, e a festinha que a gente fez, trouxemos de casa. Colocamos bexigas na cama deles, querendo fazer um bom momento e foi uma experiência bem desagradável, porque toda a equipe foi chamada para assinar uma advertência com argumento que a gente não podia ter feito uma festa para os pacientes e o motivo era única e exclusivamente descumprimento dessa ordem, não era alguma questão com Vigilância Sanitária, porque levamos alimento, nada, não cumpriram ordem.

Daí, um momento que foi bem marcante para mim, foi nesse hospital o contato com a minha primeira morte. Porque foram muitas, ao longo da minha trajetória...

Existia um projeto que chamava Projeto de Valorização da Vida, que acontecia todos os domingos e que pessoas de fora vinham e faziam um café da tarde com eles, uma visita, e um deles um dia engasgou e morreu. Foi muito triste! Poxa a gente estava fazendo uma coisa tão boa e ele morreu engasgado. E não era descuido, o cara estava ali na nossa frente, ele entrou para o quarto já engasgando. Ninguém percebeu que ele estava engasgado porque ele não esboçava, ele não falava, ele só balbuciava e ele faleceu com o bolo na garganta.

Esse processo de fechamento foi muito doloroso, eu fiz um trabalho muito grande com esses cadeirantes e com os deficientes visuais, que eram mais conscientes, os outros eram bem, bem difíceis de se trabalhar, mas, a gente fez todo um trabalho de desligamento com

eles, e assim mesmo, ainda foi muito triste. Claramente o hospital estava muito mal gerido e precisava fechar mesmo.

Eram funcionários chorando, tinha dia que todo mundo rezava, fazia uma roda todo mundo com os pacientes e rezava para o hospital não fechar e os pacientes cadeirantes pedindo por favor, que não queriam ir embora.

Mas, tinha projetos que a gente tinha e não tinha como executar, por exemplo, tinha um paciente que dizia:

- eu moro em Santos,
- eu tenho minha família em Santos
- a minha casa é em Santos!

Eu tinha vontade de pegar ele, colocar no carro e levar para Santos, mas a gente não podia fazer isso. Eles não deixavam a gente executar nenhum tipo de projeto que levasse para a vida lá fora, ou que precisasse de recursos.

Acho que a minha contribuição nesse processo de fechamento foi quando entendi que eles já tinham vivido muita rejeição, foram muitos rompimentos na vida deles e eu tinha alguma missão ali, então eu detalhei os meus relatórios. Eu lembro que quando houve as transferências (porque eles foram divididos e transferidos em hospitais aqui da região), que um dos médicos do hospital que os recebeu, disse:

- que bom que esses relatórios estão bem detalhados!

Detalhados por exemplo: fulano de tal fica bravo quando tira a calça dele ou a mochila, se der um relógio ele fica feliz; ciclano possui um armário com chave. Quem tem radinho, que tem isso, que tem aquilo... fala assim, assim, assado!... maneirismos, se é agressiva, enfim, detalhei. E como eram cem, era mais simples para mim, fiz um relatório bem detalhado, nesse sentido tentando colaborar para a adaptação deles no novo espaço e assim fechou o hospital.

Coincidentemente, já se passara um ano no meu contrato, em 2002 quando eu estava nos últimos dias desse hospital, eu fui chamada para trabalhar, daí como funcionária do Teixeira Lima de novo, naquele primeiro hospital que eu tinha feito estágio. E ali eu fiquei 12 anos.

Então nesse período, foram doze anos né? Não é um periodinho qualquer. Época em que de fato eu comecei a conhecer a rede de saúde mental de Sorocaba, que era composta, na época, por quatros hospitais psiquiátricos aqui em Sorocaba: o Teixeira Lima, o Vera Cruz, o Hospital Mental e o Jardim das Acácias.

O CAPS II do Jardim das Acácias (filantrópico) já existia, e o primeiro CAPS II privado aqui de Sorocaba foi o CAPS Teixeira Lima, que eu participei, trabalhei por um tempo. Na época não existiam vários CAPS no município e existia um ambulatório de saúde mental. Logo depois que eu cheguei inaugurou em dois mil e um o CAPS Teixeira Lima e aí começaram a abrir os CAPS. Hoje são sete.

Então durante muito tempo, eu participei de um grupo que era chamado de Colegiado de Saúde Mental. A gente patinou muito nesse grupo e não aconteceu nada, discutia, discutia, e sempre terminava em precisar de apoio político para que as coisas caminhassem. Era um grupo que a gente ia uma sexta-feira por mês discutir melhorias para a saúde mental municipal. Discutia-se muito sobre fechamento de hospitais, naquela época a diária de um paciente no hospital era muito baixa para ter uma equipe, ter roupa, ter comida, ter remédio, minimamente, era muito pouco. Tempos depois essa mesma proposta se tornou o Grupo Condutor da RAPS, que conseguiu então discutir um fluxo mais favorável pra saúde mental.

Essa trajetória permitiu que eu entendesse que recurso é fundamental. Não se faz uma boa saúde sem recursos, mas, é possível fazer adaptações. Como já existia essa proposta de fechamento dos hospitais e das implantações de residências terapêuticas, e eu tinha muito essa sede de acompanhar tudo, o diretor do Teixeira Lima que era muito aberto para isso, em 2004 me autorizou a fazer várias coisas, foi quando inauguramos a primeira RT.

Em 2010, promovida à coordenadora de equipe técnica, eu fiz um plano de coordenação e desenvolvi alguns projetos, executados por toda equipe, eu elaborava, todo mundo executava e eu acompanhava. Tinha um projeto social em que as pessoas iam visitar eles e levavam eles para passear para ter uma relação de vínculo com alguém que nunca se perdeu, até o fim do Teixeira Lima tinha isso, as pessoas iam lá, conheciam o fulano e o beltrano e de vez em quando eles iam passear com essa galera. Eu já queria formar vínculos para que eles tivessem um contato com o meio, na sociedade.

Tinha um projeto que a gente fez através do benefício LOAS: eles tinham benefício LOAS, que era empregado totalmente para eles. Eles tinham uma conta na cantina, a gente fazia um depósito na cantina de aproximadamente trinta por cento do valor que eles recebiam, era uma cantina interna em que eles podiam comprar o que eles quisessem e daí a outra parte do dinheiro era dividido em cigarro, roupa, supérfluos, maquiagem, relógio, radinho, que para nós é supérfluo, mas, para eles é bem importante, porque ao longo da vida eles não tiveram.

Foi um período que houve uma grande evolução deles, eu lembro de um dos pacientes que não falava nada e a gente chegou numa loja e ele falou assim: cueca! Eu falei: gente, ele tá me pedindo cueca! Socorro, que lindo!

O Teixeira Lima tinham duzentos e quarenta vagas, dentro dessas vagas, cento e vinte era para “moradores” (aqueles pacientes que ao longo da vida ficaram abandonados no hospital) e cento e vinte para agudos (que vinham das cidades vizinhas para serem internados aqui(quer seja por transtorno mental ou uso de substâncias). Dos moradores tinham mais ou menos setenta com benefício.

Toda segunda-feira de manhã ainda no projeto LOAS eu ia com o grupinho, cada um com seu dinheirinho, levava saquinho separadinho, jogava todas as notinhas dentro do saquinho e passava de loja em loja com eles. Roupas, comes e bebes, cosméticos, enfim, depois de um tempo eu comecei a entender que os que davam conta tinham que ser estimulados a irem sozinhos. Então um dia eu cheguei para o diretor e disse: a partir de agora a gente vai começar a fazer o trabalho com eles na comunidade. O fulano não gosta muito de igreja? Ele vai na igreja. A ciclana gosta de comprar bolo na padaria, ela vai comprar bolo na padaria. Eu ia com eles para o centro da cidade e eu já entendia que eles conseguiam ir sozinhos. Então a gente começou a fazer esse trabalho, eles iam.

Durante esse período, a gente fez melhorias em que conseguimos mudar a cara da sala de TO(terapia ocupacional) com a ajuda dos próprios pacientes, criamos um projeto chamado “bazar em mãos” em que eles tinham uma certa recompensa, passava a semana, fazia uma atividade e no final de semana eles tinham esse lugar que eles iam e podiam pegar um doce, um batom, um colar, uma pulseira, qualquer coisa em troca de ter sido produtivo ao longo da semana.

Então eles iam na TO, iam fazer um tapete e no final de semana eles iam no bazar se eles quisessem, e tinha anotado no caderno quem realizava as atividades .Era uma fila toda sexta-feira, o objetivo era a gente eliminar um pouco do ócio porque que era uma coisa que incomodava muito a equipe do hospital. A gente brincava que eram os “jacarés”, aquele que ficava todo momento deitado. Você andava no hospital, estava lá deitado no chão.

Tinha alguns que a gente entendia que não funcionava a arte, música, nada disso funcionava com eles. Então a gente começou a pôr para o mundo lá fora, chamava de projeto motivação que com o próprio dinheiro deles a gente pagava o lanche que eles iam para a padaria. Então o fato de ir caminhando até a padaria, chegar lá, escolher o que eles queriam,

era uma forma de motivar, que depois, com o tempo, a gente conseguiu inserir eles nas atividades que tinham.

Durante esse período, eu acho que a minha grande dificuldade de entender o fechamento do hospital, era porque a gente se dava no seu todo, fazia projetos, pensava: isso tá dando certo, aquilo não tá dando. Eu lembro que tinha um ou dois pacientes que quebravam tudo, quebravam lustre, quebravam torneira, quebravam porta, quebravam farol de carro, quebravam tudo. Coisa séria, e a gente entendeu que eles gostavam de picar papel e durante muito tempo eles iam na TO e ficavam picando o papel que era utilizado para fazer oficinas que envolviam isso.

Eu lembro que no hospital Teixeira Lima a gente fez um projeto que era muito bacana também, contratamos uma dentista, para o projeto escovação, para quem tinha dinheiro e podia fazer as próteses, ela fez uma roda com todos do hospital, ensinava a escovar, doou algumas escovas, foi bem bacana, e aí ao longo da vida eu fico pensando: é óbvio que o cara vai socar e vai bater em todo mundo se o cara está morrendo de dor, raramente alguém escuta o que ele fala.

Então a gente tinha esse questionamento: porque vai fechar? A gente fazia um trabalho bom, e sempre foi dito assim: “a reforma psiquiátrica vem trazer equipamentos para substituir os hospitais psiquiátricos que maltratam as pessoas” e pensava: “mas eu não faço isso”.

Embora Sorocaba fosse polo manicomial, não existia ninguém que chegasse e explicasse com delicadeza e com clareza o que é que precisava ser feito. Então, durante toda essa trajetória no Teixeira Lima eu vivi isso, essa ameaça de “vai fechar, vai fechar”. Desde que eu cheguei até o último dia, era sempre uma ameaça, era fiscalização, vinha o povo do censo, vinha de tudo quanto é lugar. Uma ameaça ao profissional, sem o diálogo.

E começaram a nascer as residências terapêuticas, e como tinha necessidade de existir as residências terapêuticas, eu comecei a pedir para executar. Foi um período muito positivo na minha prática profissional, por que tudo que eu pensava, eu era autorizada a fazer.

Na época já existia o CAPS Teixeira Lima, que por questão de espaço foi construído em 2001 ao lado do hospital, era um lugar de propriedade dos diretores do hospital, então eles construíram lá. Ao longo dos anos a gente teve que mudar o CAPS, onde atuei um pequeno período. De lá a gente foi para outro lugar, mudança com relação à espaço, mas, que não teve nenhuma alteração com a proposta de trabalho, era porque um CAPS não pode ser próximo de um hospital para que não interferisse nas ações do serviço.

Nós mudamos para o outro extremo da cidade, e não teve nenhum tipo de mudança com relação ao cuidado, mas, existiam coisas tipo: a pessoa surtava, tinha uma crise, ela voltava e ficava no hospital, hoje eu entendo que era importante aquilo, tirava as pessoas do risco, porque ainda não existia CAPS III. Talvez tivesse que ser uma internação mais longa, em um espaço não misturado com todo mundo, porque eles entravam e daí já iam lá ficar por exemplo, um morador do hospital com a pessoa em tratamento no CAPS.

Nesse período eu também consegui que a gente construísse duas residências terapêuticas, embora não cadastradas, não reconhecidas no Ministério da Saúde entendemos que, tirando do hospital e colocando na casa era melhor. Quando a gente implantou essas residências a gente teve um contato com o pessoal do Jardim das Acácias que ajudou a gente, mostrou como eles faziam, porque eles já estavam em processo de implantação dessas residências.

Quando a gente fala assim da lei 10.216 que nasceu em dois mil e um é interrogável porque, se você parar para pensar no andamento do hospital Jardim das Acácias, por exemplo, e aqui em Sorocaba, as residências terapêuticas já estavam acontecendo antes de dois mil e um. Infelizmente, Sorocaba teve esse rótulo, por que trouxe muita gente para cá, para morar aqui mesmo.

E a gente só não fez isso com todo mundo do Hospital Teixeira Lima, mudar de hospital para residências terapêuticas porque a Prefeitura Municipal dizia para a gente que essas casas não eram reconhecidas. A meu ver, era um projeto só, passando por mudanças, mas as nossas RTs não eram reconhecidas porque eram vinculadas à diretoria do hospital. Hoje todos os usuários dessas casas estão em RT tipo 1.

A gente fala de profissionais e profissionais, e tem aquele que trabalha muito bem, que é humano, mas, tem gente que não é. Que fazia diferencial entre os hospitais, na minha opinião, o Teixeira Lima tinha esse diferencial a nível Municipal, ele tinha esse reconhecimento, que era um hospital que tinha mais cuidado, que as pessoas podiam conversar mais, que era aberto, que falava das dificuldades, que não tinha medo de abrir as portas para as pessoas. A gente abria a porta para quem chegasse: vários estagiários passaram por lá, residência médica passou pelo Teixeira Lima, mas, era já esse prometido: o fechamento.

Era muito difícil entender isso na minha cabeça, eu sempre tinha para mim pensamentos como: e o usuário que o CAPS não segura? Eu não era a favor do fechamento

dos hospitais, eu entendia que, precisava melhorar, que precisava humanizar, tentei executar um projeto de humanização, embora, para política de humanização da Saúde, não existe humanização de Hospital Psiquiátrico, mas, a gente fez vários trabalhos que tentavam chegar lá, junto com os funcionários, a comunicação dentro dos serviços sobre o andamento do cuidado dos pacientes. Conversas sobre melhorias, como por exemplo: “tenham deixar sempre os moradores calçados”.

A gente nunca teve uniforme, então nunca era padrão, todo mundo com a sua roupinha, a gente sempre tentando individualizar, mas sempre tinha problema de um paciente “x”, que foi lá e quebrou a rouparia porque ele queria, por exemplo, uma camiseta amarela. Então, a gente sempre tentou preservar desta forma.

Eram 8 hospitais na região:

1. Tinha o Hospital Psiquiátrico de Pilar do Sul, que já havia fechado.

2.O Hospital Psiquiátrico Jardim das Acácias que gradativamente foi construindo residências terapêuticas(hoje são 9) e os poucos usuários que sobraram lá neste hospital foram para um lugar que era propriedade desta diretoria(que seria construído para fazer um SPA) para que depois as pessoas fossem transferidas para o Hospital Vera Cruz.

3. O Hospital Mental Medicina teve uma mudança abrupta, não houve conversa, a Secretaria da Saúde de Sorocaba programou o fechamento sem os comunicar. Foi nessa época que de fato começou a acontecer esta mudança aqui em Sorocaba. Fechou meio que a revelia, do dia para noite. Como o diretor não se comunicava abertamente e tinham muitas denúncias, chegaram alguns ônibus para pegar os pacientes e levar embora, todo mundo chorando, todo mundo gritando, funcionários da Prefeitura pegando e colocando no ônibus e levando para o polo de “desinst” que era o Vera Cruz, que foi o segundo a fechar. Fato que esteve muito na mídia.

4. Aí foi a vez do Instituto Psiquiátrico Professor Andre Teixeira Lima(fechou em junho de dois mil e quinze). Pouco antes do final a gente teve propostas de que ele seria um hospital de retaguarda em Saúde Mental, pelo olhar de cuidado ofertado. Teve algumas visitas, numa última visita, me lembro, que havia um vazamento no esgoto e o hospital foi interditado.

Eu entendo que a visão de um Hospital Psiquiátrico é muito difícil mesmo. Porque quando você acorda na sua casa às seis horas da manhã, você levanta, você sai do seu quarto, você deixa a sua coberta lá, bagunçada, você vai tomar seu banho, às vezes você não arruma o

seu quarto e você sai e lá no Teixeira, eu tinha uma revolta, porque as visitas aconteciam muito de surpresa e visita surpresa nunca é boa, né? Não que a gente precisasse maquiagem, mas, minimamente dobrar os cobertores, colocar o lençol na cama limpo, que eles passaram a noite, alguns acordavam e não iam ao banheiro, então o tempo da moça da limpeza chegar para limpar, era o tempo que a vigilância, a fiscalização estava chegando. Então, a gente teve algumas dessas visitas surpresa, e nesse momento foi interditado também o hospital Teixeira Lima.

5. O Hospital Psiquiátrico Vera Cruz. Hospital Vera Cruz tinha uma diretoria bem fechada, complicada, que não dialogava com seus funcionários. Hospital distante, a beira da estrada, o que impede de abrir as portas para um trabalho no seu território. Foram muitas denúncias e muitos acontecimentos na mídia, que até hoje vejo fortes reflexos nos usuários. Mais tarde esses usuários passaram a ficar sobre meus cuidados nas residências.

Foi este hospital que ainda restou no município, que mais tarde virou o Polo de Desinstitucionalização. Recebeu os últimos pacientes do Jardim das Acácias, todas do Mental, uma parte do Teixeira Lima e todos os que já estavam lá. Chegaram até seiscentos e poucos pacientes lá para fazer “desinst”. Hoje tem duzentos e alguma coisinha.

Além do Polo de Desinstitucionalização Vera Cruz (que, na minha opinião, era o pior hospital da cidade, o maior e menos humanizado possível, de repente virou o polo de desinstitucionalização (onde a missão é a desinstitucionalizar essas pessoas) ali, vários gestores, boas equipes, poucos recursos.

Existem ainda outros 3 hospitais na região geridos pelo Estado.

6. a Clínica Psiquiátrica Salto de Pirapora

7. o Hospital Psiquiátrico Santa Cruz, que também fica em Salto de Pirapora

8. o Hospital Psiquiátrico Vale das Hortências, em Piedade.

Eu não fiquei até o final, quando o hospital estava interditado, já em novembro de 2014 eu fui trabalhar no CAPS III. Cheguei no CAPS, num período bem conturbado, onde a coordenadora de lá tinha sido demitida e a equipe não estava me aceitando como nova coordenadora. Cheguei preparada para isso, e de fato inicialmente as pessoas me rejeitaram, eu era uma figura não quista mesmo, até “porta na cara” de algumas pessoas que viviam o extremismo, porque pensavam assim: a pessoa que trabalhava dentro de um Hospital Psiquiátrico, com “visões manicomiais” estava vindo coordenar o CAPS.

E é isso que eu acho muito ruim, porque o fechamento das instituições vão acontecendo e vai acontecendo rompimento de novo na vida dos usuários. Eles viveram a vida inteira tendo rompimentos, sofrem absurdamente e ninguém defende isso, ninguém olha isso, ninguém olha que eles estão perdendo pessoas que eles consideram a família que eles não tiveram. Nós somos profissionais, não somos da família, mas, são os únicos vínculos estruturados que eles têm.

Então quando eu cheguei lá no CAPS, já existiam acho que dez “RT” implantadas. Implantaram rápido no período de dois mil e catorze, antes da minha chegada. Na minha gestão eu acompanhei a chegada de pacientes que vinham do Hospital Vera Cruz, implantamos mais cinco residências.

Era responsável por essas quinze residências terapêuticas e era coordenadora do CAPS, embora o extremismo dessas pessoas, com relação a quem eu era, como eu trabalhava, o preconceito do profissional. Eu estava há muitos anos na área e para mim era muito comum a vivência. Eu tava dentro do serviço que eu tinha acabado de chegar e encontrava muitos pacientes do hospital e do território que eu já conhecia. Eram os usuários que circulavam internados pelos hospitais psiquiátricos(eram vagas reguladas).E durante esses doze anos passaram muitos pelo Teixeira Lima, que era um hospital misto, então o processo de trabalho foi gradativo.

Algumas pessoas tiveram que ser demitidas, por que não dava mais, eu tive que fazer esse rompimento entre as pessoas que estavam ali sendo cuidadas e os técnicos que estavam ali. Eu sentia boicote nas ações o que atrapalhava o cuidado.Acho que sempre falta um pouco de conversa, eu vejo que todas essas questões, existe um envolvimento político, não de política pública, mas, de politicagem mesmo. Foi um tempo em que prefeitura(prefeito e secretário) pouco conversavam com os profissionais e deixou virar um caos.

Eu aprendi muito nesse lugar, como é que funciona a Rede de Saúde, como se forma a RT (Residência terapêutica), eu participei da formação da RAPS – Rede de Atenção Psicossocial em Sorocaba, a questão do usuário ser cuidado inicialmente na Unidade Básica de Saúde e ele só vir para o serviço se, de fato, for ali o cuidado dele, que não é o primeiro lugar que ele passa, o CAPS. Ele passa primeiro na UBS e ela vai fazer um filtro para ver se ele vai de fato para o CAPS ou se tem algum outro encaminhamento.

O CAPS III serve para crise e se a crise estiver muito extrema e não conter ali, teríamos as Enfermarias de Saúde mental em Hospital Geral(na ocasião encaminhávamos

sempre para a Santa Casa, que eu tive o grande prazer de conviver com eles). Se um usuário do CAPS estava internado na enfermaria de saúde mental da Santa Casa, eu era chamada a ir até lá para, junto com eles, colaborar para o projeto terapêutico durante a internação e pós alta. Quantas vezes, os usuários saíam com a gente de carro já para o leito do CAPS. Alguns necessitavam nos conhecer ainda, fazia um trabalho de vínculo, eles ficavam um ou dois dias no CAPS para “familiarizarem-se” com o novo espaço onde deveriam continuar seu tratamento.

As oficinas eu também acho importante de falar: Que é o que toca o CAPS, na verdade, o que faz o funcionamento. A gente tinha em média vinte ou vinte e cinco oficinas, que eram baseadas em questões internas ou do território: então um cineminha na TV ali com uma pipoquinha, ou ir ao cinema com os profissionais, uma atividade manual, quanto estimular o usuário para que ele fosse a oficinas fora dali, se fosse necessário o profissional acompanhava e, por muito tempo, a gente conseguiu sustentar.

Houve épocas em que o número de profissionais conseguia fazer esse trabalho de AT(acompanhamento terapêutico), mas, no final do meu tempo lá, foi uma redução intensa de profissionais, já não conseguíamos mais manter a qualidade do cuidado, com essa individualidade toda. A gente foi trabalhando com quem já ia para esses lugares sozinho, circulavam bem pelo território, para conseguirmos manter essa proposta.

Com o tempo conseguimos que referências, cuidadores e técnicos das RTS junto a rede de cuidado, dessem seguimento a vida dos moradores. A ideia era trabalhar muito a autonomia de um usuário, que veio de um hospital psiquiátrico e que não sabe nem ligar um chuveiro, para que eles tivessem uma vida normal em casa. Não necessariamente todo mundo vindo para o CAPS todos os dias, que não é essa a proposta do CAPS. Eu pautei o meu trabalho junto à essas equipes das RTs em acolhida permanente mesmo, de trazer esses cuidadores e estimular as equipes nessas RTs para evidenciar o que estava parado no desejo deles.

Uns gostam de plantar uma florzinha: vai com ele compra florzinha e planta com ele em casa. Tem quem gosta de fazer uma pintura, procura um equipamento no território que trabalha com pintura e leva ele lá. E a gente conseguiu fazer muito isso, foi um ano de muita discussão, de muito empenho da equipe.

Trabalhávamos educação permanente, a gente trazia os técnicos das RTs, uma vez por mês para discutir uma pauta específica. Focamos bastante na autonomia das RTs, em sobreviverem sem o CAPS.

Porque quando eu cheguei as RTs eram bastante dependentes do CAPS. Faltava o feijão, como a parte administrativa era vinculada eles ligavam para a gente. Ou então sintomas clínicos, ligavam no CAPS, se existe crise psíquica liga no CAPS, mas, se ele tá tremendo porque talvez ele esteja com febre, leva ele para Unidade Básica de Saúde, então a gente foi vinculando o uso da Rede, de forma que as UBSs, algumas delas acolheram muitos dos usuários.

Infelizmente, Sorocaba não tem ESF - Estratégia Saúde da Família em todas as UBSs, então fica mais difícil, a nível de recursos humanos, para dar suporte para essas equipes, e ainda tem alguns profissionais que trabalham a passos lentos. O cara que é bom e sai, o novo entra e você tem que orientar tudo de novo, falar tudo de novo.

Sorocaba teve um histórico de muitas mortes em hospitais psiquiátricos e para mim ficou mais do que constatado que as pessoas, quando elas vão para as casas, elas têm um cuidado melhor, digamos, personalizado, uma atenção integral, que impede que as pessoas morram com tanto facilidade. As casas permitem que as pessoas possam ser vistas.

No hospital também se vê as crises mais iradas, a liberdade supera o desequilíbrio. Tive uma pequena agressão no início da vida profissional (um tapa de uma paciente), mas, convivi com algumas pessoas que foram agredidas e tudo mais. Como uma paciente, que uma vez arrancou um chumaço de cabelo de uma funcionária e a funcionária ficou muito brava comigo, porque achava que eu “passava a mão na cabeça” da paciente.

Vim a sofrer nova agressão no CAPS. Primeira vez foi em um dia de natal, que eu estava no plantão, ao telefone e um paciente da RT veio do nada e me deu um belo de um tabefe nas minhas costas, dizendo que eu não estava fazendo o que ele queria. Ele queria ir embora para a cidade da mãe. Era um paciente que, dentro da história dele, teve muita questão de abandono.

Ele tinha uma relação comigo, porque eu tinha uma posição de figura “hierarquicamente” maior, vamos dizer assim, eu tanto era boa, quanto tinha que chamar a atenção, tinha que detalhar as regras para ele. Foi um período que demandou muitas discussões. Um dia a gente combinou que ele tinha que ser contido porque ele agredia pessoas, ele quebrava coisas sérias, pedras e chutes em carros, batia na porta de casa de

vizinho, invadia a casa de vizinhos. Um dia ele veio, e não estava aceitando que ele estava no leito, ele queria ir embora e eu não podia deixar, ele me deu um murro na minha boca.

Outro dia ateou fogo no serviço, era ele não aceitando que estava no leito, o bombeiro chegou, a polícia chegou e deu o flagrante nele e o judiciário mandou ele de volta para o Vera Cruz. Diria ter sido um retrocesso em Sorocaba, mas, foi bem pesado para equipe, por que a gente teve que lidar novamente com essa questão: a equipe do Arte do Encontro de 2015 que tinha grandes expectativas no cuidado.

Mesmo que o CAPS priorizasse o acolhimento, a gente precisava acolher aquelas crises dele, e que a gente precisava contê-lo sim e se fosse preciso dentro do CAPS, que era uma crise dentro do diagnóstico dele (retardo mental grave) e estava no leito e a gente combinou, eu, ele e muitas pessoas na equipe, como iria ser a partir daquele momento. Eu entendo que a gente tinha um projeto com ele, durante muito tempo.

Houve momentos em que o CAPS foi muito intenso, a gente tinha uma equipe muito grande e todos os dias programávamos uma atividade com ele. Um dia ele tinha que ter pintura em tela, outro dia tinha que ir ao cinema, tinha que ir numa oficina social que tem, aí outro dia ele tinha que fazer compras, outro dia ele tinha que ajudar a cuidadora da casa dele a fazer comida, que ele curti fazer comida, ele curti também muito colocar a roupa no varal e claramente ele melhorou. Nessa época, infelizmente, a falta de recursos não dá chance de todas as pessoas melhorarem, precisa de recursos humanos, não tem jeito.

O vínculo com ele complicava, porque era natural eu dizer que estava chateada, que agredir as pessoas não era bacana e que isso me permitiria ficar chateada com ele. E naquele momento, e eu não tinha uma conversa diária com ele, porque ele era do tipo que ficava comigo todos os dias, o dia todo, sentado, carrapato, do meu lado. Eu mostrava o quanto ele podia ser rejeitado outras vezes.

Na saúde mental tem muito isso, eles se vinculam com uma figura dentro do serviço, geralmente, tem uns que se vinculam e querem a figura do coordenador, porque é o que “manda mais”. E hoje? Ele continua dando trabalho, sei que ele já agrediu muitas pessoas. Um belo estudo de caso, que exige financeiramente uma gama de profissionais e alternativas para o seu cuidado.

E eu fui aprendendo né? O quanto o CAPS permite que você olhe profundamente para pessoa, em todos os sentidos, a nível familiar, social, a nível financeiro, a nível emocional, considerando o sonho das pessoas.

Por exemplo, tinham dois usuários lá que namoravam, que eram “terríveis”, eles queriam muito casar e morar juntos, só que o quadro de ambos deixavam a duvidar de sua condição de morarem sozinhos. Então, eu me tornei referência nesse processo, eles queriam cada um sair da sua RT e morar juntos, eu tinha um atendimento semanal em que a gente refletia a questão financeira: “você vão ter dinheiro para pagar uma casa só para vocês? Vocês vão conseguir bancar as contas? Fiz todo um trabalho com eles de alugar a casa: vão lá procurem, olhem, conheçam. E agora do que vocês precisam? Precisam de mesa, de guarda-roupa. Vamos lá fazer uma visita? Fui fazer uma visita com a equipe, tava meio bagunçadinho, mas, natural, eles não tiveram uma vivência para aprender, era um recomeço. Foram muitos direcionamentos. Eles viveram um período, o casamento não deu certo, mas entendo que foi importante pra que ambos amadurecessem.

A residência terapêutica, teoricamente, é transitória. Foi bem rica a experiência que eu tive no CAPS e hoje eu acredito que sim, todas as pessoas podem viver em residências terapêuticas, todas sem distinção. Não dá para você fazer o que está sendo feito aqui em Sorocaba, você põe um cuidador para cuidar de dez pessoas e você quer um trabalho exemplar? Daí não dá! O cara que está cuidando de um, ele está fazendo a comida do paciente, enquanto o outro está querendo ir na praça, o outro está querendo ir na escola, o outro está precisando lavar roupa, aí não sabe, não dá, isso para os mais autônomos né? Os mais regredidos e os mais agitados demandam mais. Mas, é extremamente funcional a ideia de RT, só que o olhar, precisa de política pública bem feita.

Existe um financiamento para isso e hoje se você fizer a soma do que era repassado para os hospitais e do que é repassado hoje para as residências, é um dinheiro que dá para manter as pessoas em RT. A nível de equipe, é muito alto o valor que seria ideal, então se paga menos profissionais gerando recursos humanos desfalcados. Se o dinheiro não dá eu acho que tem que ser adaptado.

A ideia é dar direito a quem tem, e, como vai funcionar são outros quinhentos. Pensando em RT tipo I e tipo II: não vamos misturar os melhores com os piores (condições psíquicas e físicas) ou vamos misturar? Porque os que tiveram essa sobrecarga ao longo da vida conseguem copiar os mais autônomos, os mais “sequelados” pela internação podem viver daquele comportamento melhor do outro, através da convivência e aprender. Agora aquele que viveu toda a vida em um Hospital Psiquiátrico demandando atenção, você tem que ter

funcionário para aquilo, não dá para deixar um paciente que é muito difícil para um cuidador só.

Tenho um exemplo disso onde dentro do projeto individualizado, a gente precisava de pelo menos dois cuidadores dentro da casa dele. Ele chegou a colocar faca na barriga de cuidador, então assim a hora que ele está colocando a faca quem vai chamar a polícia? Pode chamar a polícia, não tem problema, quem chama então?

Entender que estamos falando de pessoas que, embora doentes mentais, têm o direito de ir e vir e que também tem obrigações, então se o cara quebrou tudo, ele tem que responder por aquilo e a gente sempre tentou fazer valer isso.

Eu acho então, falando um pouco dessa parte de arte, que embora não se investe muito nessas questões, não se valoriza muito essas questões e para mim, evidentemente, quanto mais escassas foram ficando as atividades, mais pesado foi ficando, tanto para os usuários, quanto para quem cuida. Dá uma vazão de sintomas, porque quando você faz um trabalho direcionado, a tendência é melhorar e começou a ficar uma coisa muito solta, a gente, por sorte teve parceria de residências multiprofissionais, residência médica, estagiários de psicologia, que eram muitos, ajudando nas horas difíceis.

Eles faziam um trabalho muito bacana, e os recursos no CAPS foram ficando mais escassos, mas, em contrapartida os estagiários de psicologia que vinham para fazer esse trabalho rico, supriam a falta que o CAPS tinha. Existiam muitas atividades, mas, não necessariamente mantidas pela prefeitura ou pela empresa terceirizada.

A verdade é que quando você investe no usuário, ele veste aquela sua crença. Quando eu cheguei tinha um usuário que era uma pessoa difícil, agitado demais e eu acreditei nele, que ele ia melhorar eu nem sei dizer porque eu acreditei, eu vejo que quando ninguém mais consegue acreditar no usuário, ele não evolui, por falta de investimento técnico. Eu vejo que quem está lá no CAPS e RTs, está tão esgotado, que não acredita que alguns podem melhorar.

Esse que quebrava tudo, ele arrebatava tudo, eu tinha algumas propostas. E quando eu cheguei, a gente tinha bastante funcionário que podia fazer um trabalho pontual. Cada agitação uma estratégia, para que ele começasse a buscar auto controle. Coisas simples como leva-lo dar um rolê no Parque das Águas ou já deixava combinado de no dia seguinte levá-lo para comprar sementes, comprar vaso e tal e ele ia plantar, porque ele curti fazer plantação. Gostava muito de música, então saía comprar um som, ouvir música com ele e aos poucos ele foi melhorando muito.

Ele fala muito que eu o ajudei a melhorar, eu entendo que a técnica de enfermagem da casa dele fez um trabalho exemplar não somente por arte, porque também tem muito da história do vínculo, acho que o vínculo afetivo acrescenta muito na vida dessas pessoas, percebi que o vínculo talvez seja uma das questões mais fortes para o resgate do equilíbrio, vejo que a arte o melhorou muito, porque num período que ele tinha uma crise, ele ia para fazer uma pintura em tela, que depois ele fez uma exposição, no fim das contas ele deu um quadro para cada um.

Tinha um grupo que chamava “arte e leveza” que inicialmente era artes em geral, pintura e tal, e depois a gente começou a fazer um grupo meio aberto, as pessoas iam, montavam umas sacolinhas. Falava assim: eu vou fazer crochê, e ela tinha lá a sacolinha dela do grupo, mas, se ela chegasse lá na quinta-feira tá e quisesse fazer um crochêzinho ela tinha lá a sacolinha dela. Tinha oficina de música que acontece todas as quartas-feiras, que é uma oficina que enche bastante, falam um pouco, cantam, falam sobre a música e tocam e acontece bastante coisa nessa oficina, é uma das oficinas que mais surtiram efeito. A troca espontânea.

Teve época que tinha uma oficina chamada “fazendo cena” que era teatro, era bem produtiva também, mas, infelizmente, a técnica que trabalhava lá saiu. Tem “oficina de culinária”, são duas. Tinha “oficina de futebol”, tinha uma “oficina de jornal”, que acontecia de manhã, todas as quintas-feiras, sentavam e conversavam sobre o que eles iam fazer, quem eles irão entrevistar, qual era a charada, a receita, o horóscopo que eles iam colocar no jornal. E esse jornal é impresso no começo do mês seguinte para divulgar, esse jornal ainda existe. “oficinas de caminhada”, “grupo de psicoterapia”, era legal, tinha tanta oficina e aí tinham questões da convivência.

Tinham também umas ações mais individualizadas, tipo dois usuários que a gente identificou e que gostavam muito de horta, então eles executaram a horta, e ali eles plantavam, eles comiam. A gente intermediava assim: “posso pegar um alface?” Pedia autorização para o usuário respeitando sua arte, seu trabalho.

Questões mais ricas, por exemplo, de um dos usuários que tinha sua participação na oficina de música por quê como ele apresentava este perfil, ele com a equipe entendeu que uma das propostas do projeto dele teria que ser música. Ele canta muito bem, ele toca muito bem, ele compõe muito bem, ele dança muito bem e visivelmente, nos períodos que ele era convidado para algum tipo de apresentação, ele ficava muito bem, nos representava.

Existem casos que vivem momentos de crise e focam na arte, e conseguem manter certo equilíbrio. São vários casos de arte envolvida, é difícil citar para você tudo que eu vi, ela é fundamental, eu entendo que a arte é um momento em que o indivíduo sai um pouco do foco das coisas que, de certa forma, incomodam ele, e que ele entra em um contexto onde pratica alguma coisa favorável, agradável, que ele vai ter uma recompensa minimamente pessoal, de olhar aquilo que ele fez, por isso que é importante a gente valorizar o produto final.

Lá no CAPS, durante um período, a gente inclusive fez isso, lá ainda existe a estante “exposição das artes”, a gente ia lá fazia as coisas e colocava lá e expunha as coisas que eles fizeram. Tinha poesia também, oficina de poesia que eles também faziam bastante exposição de poesia, uma época tinha papel machê. Eu acho que a arte ajuda a aquietar um pouco, não a crise, mas, o espírito, no sentido, se você está ansioso, você está entediado, está bravo, você está assim chateado com qualquer coisa e se você entrar com essa questão de arte você modifica um pouco aquele estado emocional, que você está naquele momento, colocando uma outra coisa favorável naquele lugar.

Esse percurso de dois mil para cá teve grandes mudanças com relação aos equipamentos de Sorocaba. Quando eu cheguei era só hospital psiquiátrico e ambulatório e foram construindo os CAPS. Os CAPS quando construídos por um diretor de hospital psiquiátrico, não eram reconhecidos pelo Ministério da Saúde, e os trabalhos eram muito semelhantes aos de hoje. Penso que se desconstrói o serviço em questões não tão fundamentadas.

Tem que avaliar se o gestor é bom ou não, e se for ruim tem que tirar fora, não é o serviço que tem que desconstruir e desconstruíram muito os serviços. Para mim é clara a questão da desinstitucionalização e para o usuário que morou em hospital psiquiátrico ela tem que acontecer, e tem que acontecer gradativamente, sendo trabalhado.

E pra se fechar hospitais não aconteceu isso, foram rompimentos. “Hoje: uma informação. Amanhã: você vai embora!” Porque também acontecia isso na desinstitucionalização aqui em Sorocaba.

Você tem uma lista de quem vai embora. Faz todo o processo de avaliação e trabalho de alta e acontece no dia da mudança, do cara não querer ir. E se ele não vai, você tem outros querendo ir ao lugar. Dai você tem que ter uma flexibilidade nesse sentido.

O processo tem que acontecer, mas, tomando o cuidado em não rotular quem está dentro do hospital, porque esses podem saber ou não trabalhar. A questão é como se encerram os vínculos. Trocas de gestão são grandes rompimentos e ninguém é insubstituível. O que não dá é para chegar um gestor e mudar uma equipe, é necessário fazer passagens, respeitar a ética de dar condições de andamento a quem não conhece.

Impedir que os usuários tenham que contar tudo, tudo de novo, eu convivi muito com isso, a pessoa que conta uma história e amanhã fecha esse serviço. Daí ela vai lá e conta tudo de novo a história. O prontuário não acompanha as pessoas e as pessoas não acompanham seus prontuários.

Então teve CAPS fechado, ambulatório fechado, e se constrói novos CAPS. E que daqui para frente não se feche mais porque existem esses riscos, de ter tempo e recursos humanos suficientes para passar tudo que tem que passar.

O que acontece é que não existe este cuidado, na quebra dos vínculos e se perde bastante informações dessas pessoas. Aqui em Sorocaba deveria assegurar que as pessoas continuem no seu lugar para que não tenha essa ruptura, porque eles sofrem demais.

A ideia da desinstitucionalização é ótima e tem que acontecer, o que precisa preservar são os laços, transferir uma pessoa de um hospital psiquiátrico para o outro, não tem o menor fundamento, a pessoa sofre, você não está fazendo um bom cuidado para ela, você não assegura que o próximo hospital seja melhor do que o primeiro.

Acho que as pessoas da rede dentro de Sorocaba passaram por um processo de transformação, a nível de saúde mental, porque as unidades básicas não tinham isso, do acolhimento integral. Quando chegava apresentando sintomas psíquicos e/ou emocionais já era encaminhado para o CAPS, para o hospital psiquiátrico.

E as pessoas aprenderem a olhar o ser humano que tem o seu transtorno mental como um ser humano, que vai lá com uma queixa clínica e é atendido, precisam olhar a queixa dele e ver o porquê dela e fazer os devidos encaminhamentos. Isso é acolhimento.

Às vezes a pessoa está mal por uma separação conjugal e nessas circunstâncias o profissional intervém. A pessoa está com sofrimento real. Ela precisa ser medicada ou ela precisa de um cuidado? Uma terapia, uma arte, que faça com que não se perca nessa nova rotina que ela vai ter.

Enfim eu acho que isso o CAPS traz muito, trouxe muito para mim e acho que, de um modo geral, a RAPS em todo processo de construção também. O que precisa cuidar é do

funcionamento das coisas, dos equipamentos. Há um giro de processo de trabalho que não pode se perder.

O grupo condutor da RAPS de Sorocaba era composto por integrantes da UPH, dos CAPS, do Hospital Geral, da Urgência e Emergência, toda uma rede. Como a gente construiu? O que precisava? A gente entendeu que precisava ser itinerante: um dia fazer reunião na UBS, amanhã no SAMU, depois no CAPS, fazer na UBS específica porque ela não funciona direito, então nós vamos para lá. E quando todo mundo entendeu o que é a RAPS, instituiu as pessoas e foi publicado no Diário Oficial. Se a concretizou a RAPS em Sorocaba.

E estamos vivendo ainda um processo aqui em Sorocaba, ninguém mais internado em Hospital Psiquiátrico, sendo a RAPS a base para funcionamento da desinstitucionalização. Quando a gente construiu a RAPS era um fluxo, e não é considerado isso, porque troca a gestão e trocam tudo.

Mas, é muito bacana de ver a demanda do CAPS, da galera da desinstitucionalização, galeras que vem de internações em hospitais psiquiátricos e que estão nas residências terapêuticas. Um processo. Ver uma pessoa que morou a vida inteira em um hospital psiquiátrico, agora ela pega o ônibus lá na casa dela, que é do outro lado da cidade e vem, chega aqui no CAPS, faz a oficina e vai embora. É uma belezinha, então, a galera desse processo desinstitucionalização está acontecendo muito rápido.

Os CAPS não conseguem acompanhar todos os usuários. Parece que não, mas, está acontecendo rápido, aconteceu de dois mil e catorze para dois mil e dezessete o fechamento de três hospitais.

E tem a demanda do município que é rotativa, essa galera que a gente chama “do território” é uma galera que é um outro foco de cuidado, a galera aprendeu, ela teve uma certa base de aprendizado. Bem ou mal, agressivo e tudo mais, aprenderam que tinha que lavar roupa, que tinha que comer, que tinha que se vestir, tiveram autonomia, mas, eram umas pessoas que eram internadas e voltavam para suas casas, muitos continuam no CAPS, muitos encaminhados para a UBS.

O CAPS faz o acolhimento e se ela não tem só problema de saúde mental, ela tem problema de insônia, ela pode ser cuidada na UBS, ela volta para a UBS e lá existe o matriciamento. O matriciamento funciona além da unidade do CAPS, quando a equipe do CAPS vai para discutir o caso com a UBS de referência. E em Sorocaba, hoje tem dois CAPS

de referência em saúde mental: o Alegria de Viver e o Arte do Encontro. Metade das UBSs para o Alegria, metade para o Arte, que dá mais ou menos quinze UBSs para cada um deles.

Embora não exista uma pesquisa epidemiológica, eu entendi que o CAPS Arte do Encontro tem os casos mais graves, porque ele é referência para bairros com uma condição sócio econômica, cultural inclusive, mais carente e isso nos mostra que a população mais carente têm menos recursos para o acesso: não fizeram tratamento logo, tiveram mais crise logo, foram internados mais vezes, logo sofrem rejeição, apanham em casa, enfim, e acabam se tornando mais tarde usuários mais graves do que no CAPS Alegria de Viver, que são pessoas com um pouco mais de recursos.

A crise psicótica quando não cuidada acaba gerando uma “sequela”, então se você tem apenas uma crise ao longo da vida a possibilidade de remissão é quase completa. Populações mais carentes tem menos acesso a saúde e menos apoio, pois, muitas relações são fragmentadas e não recebem a devida credibilidade. O acesso à saúde muitas vezes não é conhecido pelas pessoas, embora, seja porta aberta, o serviço muitas vezes não é conhecido, que é um trabalho de divulgar nas unidades.

Geralmente a esquizofrenia aparece, em torno ali dos vinte anos, se na primeira crise, a pessoa que é de uma comunidade onde existe mais orientação, uma condição sócio econômica, pode haver reconhecimento rápido dos sintomas pelos próprios familiares, levando para acessar o serviço.

Falei muito, repeti os assuntos, teria muitas paginas pra contar. Foi um cenário incrível, rico.

Ronaldo

Eu sou Ronaldo. Para quem não me conhece eu passei por uma vida muito difícil, porque depois que eu descobri que eu tinha esquizofrenia eu vi que minha vida ia acabar, que tudo ia parar, mas, eu vi que era realmente tudo ao contrário. Minha mãe me apoiou muito, me aceitou e viu o meu problema, porque no começo foi difícil para mim aceitar essa doença, esse problema. Foi aí que eu comecei a fazer tratamento, fazer terapia, foi conversando com os médicos. Eu comecei a entrar na música, na arte, eu comecei a tocar, cantar, a me desprender e aquela coisa depressiva que era ruim, que eu guardava dentro de mim, foi se libertando aos poucos, eu realmente deixei isso acontecer.

Eu vi aqueles pacientes, no mesmo estado que eu, e eu não queria que aquilo estivesse repercutindo só comigo, só com eles, eu queria transformar aquele ambiente, então eu levei a música, levei a arte, tudo o que eu sabia para eles e foi assim que aconteceu. A arte entrou na minha vida de forma muito relevante, porque quando eu comecei a entrar na música, nas artes plásticas, na pintura, no desenho, nas histórias em quadrinhos, eu comecei a desenvolver minha criatividade. Então eu ganhei mais espaço e outros também ganharam espaço. Dentro de mim eu queria que no CAPS tivesse esse espaço para as pessoas exporem seu talento, exporem seu trabalho, porque a arte ela transforma, ela cura muitas vidas, isso é um fato importante.

No CAPS já havia oficinas e eu participava de algumas, participei da oficina de dança que tinha lá e comecei a expressar mais a arte corporal, comecei a trabalhar com dança depois disso. Eu entrei na oficina de música onde havia um espaço aberto para todo mundo cantar o tipo de música que quisesse, aí comecei a cantar meus tipos de música e eu fui ganhando espaço e os pacientes também gostaram da minha música e eu fui participando e isso me confortou mais.

Porque o medo, angústia, aquela dor, todo medo que eu tinha, foi indo embora, porque foi através das oficinas, das terapias que tem lá que eu decidi mudar minha vida. Eu gosto muito de música, eu toco violão, canto, eu gosto de artes plásticas, sei pintar telas e também gosto de trabalhar com dança, trabalho muito com dança, é uma das modalidades que de fato eu gosto muito. Eu queria muito poder um dia trabalhar no teatro, já apresentei muitos espetáculos e tenho vontade de começar a trabalhar no teatro.

Teve eventos que foram pelo CAPS como, por exemplo, o da UNIP que eu fui através da Claudia, ela me indicou esse evento que era da saúde mental, a semana dos psicólogos que eu participei. AD. que falou para mim expor meus trabalhos, eu coloquei minhas histórias em quadrinhos que escrevi e coloquei minhas telas que é da minha história chamada Ronaldo Lover Viollet que é uma história em quadrinhos que eu escrevi.

Eu fiz uma música como trilha sonora da minha histórias em quadrinho, aí apresentei tudo isso lá na semana dos psicólogos, na UNIP, eu apresentei para as pessoas, falei da minha vida e eu falei que a esquizofrenia não é um problema, mas, ela pode ser uma solução para a sociedade. Quem é doente pode se recuperar, é possível, eu creio que existe cura e a cura vem através da arte, que a arte ela cura, a arte é minha cura.

Durante essa semana foi o evento da prefeitura que eu participei, foi da luta antimanicomial que é a favor do fechamento dos hospitais psiquiátricos, participei da pintura solidária, fiz algumas telas, cantei. Teve outros eventos fora do CAPS que eu me apresentei, que foram eventos no SESC, também na luta antimanicomial do ano passado, na igreja, em aberto pela prefeitura, participei de muitos espetáculos dentro e fora do CAPS.

Apesar de eu me sentir muitas vezes excluído da família, a relação que eu tenho com minha mãe, com minha família, eles foram muito presentes na minha vida, eu me exclui, não eles me excluíram, porque eu sofria muito bullying na infância, eu tive uma infância muito conturbada, eu não era muito aceito pelo fato de eu ter um jeito de ser, uma expressão, uma opinião. Mas, a minha família veio, me agarrou e viu que alguma coisa estava errada e tinha que consertar, eu comecei a entrar em discussão por causa disso e conforme o tempo foi passando, eu fui entrando na igreja, comecei a aprender a tocar violão, comecei a cantar e minha família foi e me apoiou e me agarrou.

Depois que meu pai morreu, foi muito difícil lidar com isso, porque eu me traumatizei muito e essa perda me trazia muitos problemas, foi aí que meu psicológico acabou, foi ganhando cada vez mais força e foi aí que eu não tive mais controle e eu não pude mais continuar a fazer meus trabalhos, continuar estudando firme, eu acabei não indo mais na escola, daí depois voltei na escola. Depois de alguns dias, quando eu fui crescendo, acabei criando várias personagens, um dia eu inventei que era indiano, no meio da escola e todo mundo achava que eu era indiano na escola. E minha mãe na época, quando soube, ficou muito nervosa por isso, eu dei uma origem que eu não era, mas, foi assim que eu fui ganhando espaço, ganhando os meus amigos, sendo eu e criando essas personagens que hoje estão nas minhas histórias em quadrinhos.

Mas, a minha família sempre participou na minha vida, nas artes. Eu comecei a trabalhar com violão, logo depois dessa crise, tentei gravar um disco, mas, acabou não dando certo, mas, eu creio que vai dar certo, vou começar os trabalhos novos. A minha mãe quando vai trabalhar com terapias comigo ou com outros pacientes a gente já vê a diferença, já sai com outras expectativas, eu mesmo fico com autoestima até meio alta, pois, as coisas acontecem.

Porque quando não tem terapia no CAPS, a gente reclama tanto que acaba desistindo de frequentar e eu queria poder continuar a lutar pela cura, pela compreensão. Porque às vezes você pode compreender a gente, mas, tem outras pessoas que não compreendem. Porque o

esquizofrênico tem uma visão ampla das coisas, uma terceira visão. É uma coisa que nem todo mundo tem. Terminei o ensino médio, o ensino fundamental, só que foi muito difícil porque quando eu estava chegando no final a diretora descobriu que eu tinha esse problema de esquizofrenia, porque eu brigava muito na escola, porque tinha uma diversidade de opiniões diferentes, inclusive religiosa.

Eu cheguei a discutir com um professor ateu defendendo que a origem da vida foi criada por Deus, pelo sopro de Deus que o bebê irá nascer, só que o professor defendia o evolucionismo, mas, eu acredito no criacionismo. Levava meu violão na escola, cantava músicas de Deus e lutava contra isso e foi uma guerra até o final, até eu terminar a escola passei por uma guerra constante, minha mãe e minha família toda sabem disso, eles sabem tudo que eu passei.

Minha mãe é prova disso e agora eu ia fazer a faculdade de fisioterapia, mas, tive que trancar por causa do tratamento, porque eu tive alguns surtos e acabei com problemas, tive que parar com os estudos e tive que retomar as terapias. Eu pretendo voltar a estudar porque eu quero trabalhar, ter uma profissão, ter um lugar, ter um espaço para mim e ser a diferença para aqueles que também querem ser como eu. Eu queria ser pintor ou, senão, músico, terapeuta ocupacional e trabalhar na área da saúde ou trabalhar com a minha mãe, não sei, esses são meus projetos para o futuro.

Eu queria que no CAPS tivesse oficina de teatro, de música, de violão, tivesse alguma coisa que nos acrescentasse mais, eu queria levar minha arte para eles, dar aula de violão para eles, pintura em tela. Agora a ideia do teatro surgiu porque eu já gostava de teatro, desde a escola, eu trabalhei na escola da família, nesse projeto eu ajudava muito as crianças e os adolescentes, eu trabalhei com todas as idades e continuo trabalhando.

Eu participo das oficinas não com muita frequência, vou duas ou três vezes por semana, na segunda-feira participo da oficina de psicoterapia, de quinta-feira, relaxamento, de quarta-feira, música. Tem outras atividades, tem futebol, só que eu vou todo dia no CAPS para tocar violão, porque eu gosto de levar música para os pacientes e eles cantarem comigo. Então eu queria criar uma oficina para mim e para eles, para eles terem o espaço assim como eu também tive e eu estou lutando por isso. O doutor Rodrigo foi um grande médico, que me ajudou muito, ele tocava bateria, ele toca violão muito bem, ele ensinava violão para mim, ele me incentivou a trabalhar com música e isso era algo que ia me favorecer muito, ele me

incentivou a criar um canal no YouTube, gravar meus vídeos, ele foi um pontapé para mim iniciar minha carreira artística.

Eu vou ao CAPSIII, que fica na Vila Progresso e eu frequento lá já faz três anos, desde 2014, e eu tenho muitos amigos lá, além dos psiquiatras, médicos, terapeutas ocupacionais, e eu brinco com a M.G., que é responsável pela música e a T., que é coordenadora, a M., todas essas pessoas me ajudaram muito, estão me ajudando até hoje, graças a Deus, porque se não fosse o CAPS eu não sei o que seria de mim. Para conseguir entrar nessas oficinas você tem que estar frequentando do CAPS, estar participando, estar conversando com os responsáveis pelas oficinas ou então entrar em contato direto com coordenador, vai passar no médico, ele vai dizer que oficina você deve participar, que vai fazer bem para a sua cabeça, será relaxante para sua cabeça, o médico vai indicar você para entrar em alguma oficina.

O CAPS é importante para mim, em minha trajetória, tanto dentro quanto fora, eu também trabalhei fora com a música, eu levei isso para fora, mas, eu não levei com a intenção de ter algo em troca, de algum valor, eu queria em troca os aplausos das pessoas e mostrar a importância da música na vida das pessoas, eu queria levar a música como uma cura para as pessoas, isso é um fator importante na minha carreira.

Todo mundo participa das oficinas, mas, tem as modalidades que a pessoa mais gosta, tem o pessoal do futebol, tem um pessoal da culinária, tem o pessoal da música, cada um tem uma oficina lá, vai do gosto, tem alguns que participam de uma oficina só e pode participar de todas. É uma questão daquilo que ele gosta, daquilo que ele quer também, porque se eles virem, eles participam, foi assim que eu também entrei, vi que a música podia entrar ali e eu comecei.

Eu escrevo música desde novo e que são inspiradas na minha vida, na minha família, no meu cotidiano, baseadas em decepções amorosas, inspiradas em medos que eu já tive e que ainda tenho e também inspiradas por Deus, tanto nacional, quanto internacional eu escrevo músicas e também tem músicas que são inspiradas nas histórias que eu escrevo, no enredo, porque eu também sou roteirista das histórias, na verdade o protagonista da história sou eu.

Na verdade, todos são protagonistas de suas histórias e eu sou o protagonista da minha história. Desde novo sou muito criativo, faço pinturas em tela, desenhos, história em quadrinhos, isso tudo me transforma a cada dia mais, porque eu quero criar mais, porque a arte é algo infinito, nunca acaba, para mim a arte não tem fim. Eu aprendi uma coisa, que o segredo do sucesso é o silêncio. Não pode espalhar para todo mundo o que você vai fazer, tem

que deixar tudo acontecer no momento, a arte de viver não consiste apenas só naquilo que você faz, no seu estilo de vida, no padrão certo, você pode criar esse estilo de vida, criar esse padrão. Arte é loucura para os olhos daquele que vê, mas, não para os olhos daqueles que sentem, porque a música me transforma, ela faz eu ir além do que eu sou e quando eu canto e toco, além de inspirar a mim, estou inspirando outras pessoas, realmente fazendo o bem para mim e para essas pessoas, levando uma mensagem positiva, é isso que eu quero para mim.

Essa música, *Nuestro amor és um sueño*, é tema da minha estória em quadrinhos. Escrevo também em inglês, tem outra que vai sair, que é a segunda parte da minha história em quadrinhos, o volume dois, que é o “Give me power for to life”, dar força para viver, que é uma história que vai comover. As personagens, vamos ter uma divergência,mas, eles vão voltar e se reunir novamente. As histórias em quadrinhos, eu tenho elas, eu publiquei, só que algumas eu acabei perdendo, conforme o tempo, mas, eu tenho algumas guardadas, se eu pudesse eu traria aqui.

Eu tenho um exemplar na minha casa do “Ronaldo Lover Viollet e o medo de amar”, então eu tive uma editora que me ajudou, uma gráfica, foi minha mãe que me indicou, que investiu e ela gostou muito do enredo da história e eu publiquei e o CAPS me ajudou muito e a Cláudia me indicou uma gráfica, uma editora, e fui lá e publiquei minhas histórias em quadrinhos.

Aqui fora, porque a prefeitura me ajudou muito, a cidade me ajudou, muitas pessoas daqui, da publicidade e do marketing, da televisão, me ajudaram bastante. Eu já dei entrevista para a TV TEM várias vezes falando sobre vergonha, falando sobre você não sentir vergonha de se apresentar em público, eu falei sobre esse tema e fui dando várias entrevistas, como no protesto da greve geral, mas, de fato todos os temas que eu abordava eram temas que eu estava vivendo ali no momento, no cotidiano.

O lançamento foi num estande na UNIP e foi muita gente de vários lugares, foi todos os alunos para ver esse estande, eu coloquei a tela das histórias em quadrinhos, Ronaldo Lover Viollet e o próprio gibi e vieram todos assinados com o meu nome e foi exposto e todo mundo teve acesso ao conteúdo, todo mundo leu a revistinha e gostaram muito do tema e agora estão pedindo para eu lançar o volume dois.

Eu quero lançar logo, quero ver a continuação de minha história, não vai ficar em “nosso amor é um sonho” tem que ter uma continuação, que já está sendo escrita, eu escrevo e desenho estilo mangá, um desenho japonês, tanto que eu já me apresentei em locais públicos

para cantar, tocar música, violão, eu já apresentei dança, já apresentei na prefeitura, já me apresentei em festivais, já participei muito nessas áreas, mas, o que mais predominou mesmo, foi a música, mas, eu gosto das duas coisas, de várias coisas, de todas as modalidades, mas, acho que a música é o que mais me impacta.

Porque o Ronaldo personagem, ele quer ser um artista que anda pelo mundo e ele busca isso, ele quer que todo mundo o conheça, ele quer buscar a beleza, ele quer buscar uma grandeza interior, mas, aí a Violette chega e transforma a vida dele e mostra para ele que não é bem daquele jeito que são as coisas, ele precisa primeiro encontrar o verdadeiro amor, porque ele tem o direito de fazer o que ele quer da vida dele, que é história que eu estou escrevendo agora que é a força para viver, ele precisa de força para viver, porque agora ele está vendo que ele está passando por uma má fama, está sendo muito criticado pelas pessoas e ele está tentando reconstruir isso, consertar os erros dele, e a Viollet está separada dele, mas, não sabemos se os dois vão voltar ainda, está nessa briga, Ronaldo seria eu no caso, já a Viollet seria uma pessoa que eu gostava há muito tempo atrás, uma pessoa que existiu, ela é uma personagem que existiu, só que foi um romance que não deu certo e eu queria que descesse, mas, nunca deu, mas, nas minhas histórias ela está junto comigo.

Agora vou publicar um trabalho novo, ir em busca de um novo começo, de um novo amor, ele está em busca. Eu estou com novos projetos, com novos trabalhos pela frente, quero começar a entrar no teatro, quero que minhas histórias virem peças de teatro, esse é meu maior sonho, eu tenho o maior sonho de me apresentar em outras faculdades também, levar isso para as pessoas, os meus trabalhos, ir para São Paulo, ir para alguns lugares do Brasil levar o meu trabalho, eu me sinto representando o CAPS, porque eu tenho que defender não só a mim, mas, a eles também, porque eu sinto a dor que eles sentem, eles sofrem como eu sinto, eles se emocionam quando eu me emociono, então o que eles passam, eu também passo.

Quem já não teve uma crise, quem já não teve medo, quem já não sofreu, quem já não se machucou, então o que eles passaram e o que eu estou passando não é uma complexidade, é um direito, estão revogando meus direitos como os deles também, nossos benefícios, ter nossos direitos, conquistar nosso espaço, não só na arte, mas, também na vida em si. Eu tenho consciência de que tenho meus direitos como cidadão, da parte social, as pessoas do CAPS tem o direito de ter uma vida digna, de ter boa alimentação, eles têm direito ao ônibus, direito ao acesso, ter direito ao trabalho, aos estudos, às oportunidades de emprego.

Acho que o CAPS deveria ter formas de ajudar no seu primeiro emprego, no primeiro trabalho, o CAPS devia fornecer essas atividades para que eles se tornarem pessoas melhores. Como eu estou precisando dos benefícios, o direito de receber a aposentadoria, o LOAS, o auxílio-doença, porque muitos perderam esse direito, eu perdi meu direito, porque o governo cortou tudo, mas, eu vou revogar, eu vou à justiça, eu vou lutar por isso e eles tem que fazer a parte deles, não é só eu, e se todos fizerem juntos a gente vai conseguir.

Eu recebia benefícios e deixei de receber e agora não consigo fazer um curso, não consigo estudar, não consigo fazer faculdade, não consigo comprar telas para pintar, não consigo comprar um violão novo, folha sulfite para fazer histórias em quadrinhos, lápis de cor, eu não tenho como fazer de outro jeito e eu tenho que ter um dinheiro para pôr em prática tudo isso que eu quero, tem que ter uma organização, dinheiro, tem que ter patrocínio, não é pelo fato de estar sem dinheiro, mas, faltar recursos e quando falta recursos aí complica um pouco a carreira, a parte artística.

Eu queria que toda Prefeitura, toda a organização do CAPS, que todo mundo fizesse um movimento para que houvesse geração de empregos assim como eles têm projetos de geração de renda, que são oficinas para poder gerar renda para o CAPS, eles deviam fazer um projeto de geração de renda para as pessoas do CAPS, não só para o CAPS, mas para as pessoas que estão lá, para aquelas pessoas que estão se tratando e precisam de dinheiro, de geração de renda, o trabalho seria muito importante.

De vez em quando eu vou ao cinema, eu sei que é livre, que eu posso, que eu sou especial e eu não pago, mas, não vou muito ao cinema, só quando tem lançamento, aí eu vou e esse é um direito que a gente já conseguiu conquistar, todo mundo. E isso de ir ao cinema só acontece aqui, em Sorocaba, em outras cidades eu não vi, eu queria que outras cidades pudessem também ter direito a ir ao teatro, em outros espetáculos, além do cinema, participar de shows, para ir em shows, por que é mais difícil excursão para esses lugares, você poderia pagar bem menos, acho que deveria montar um benefício para ajudar essas pessoas.

Eu enxergo a sociedade de uma forma, mas, eles me veem de outra, às vezes há divergências entre eu e a sociedade, porque eu penso de uma maneira e eles pensam de outra. Então, isso dificulta um pouco o meu contato com as pessoas, mas, eu fui conseguindo espaço, vendo eles, eu fui respeitando eles, a opinião deles e eles respeitando a minha, mas, isso não vai divergir entre eu e a sociedade, meu contato social, isso não vai fazer que eu

não tenha contato com a sociedade, que eu seja um monstro, que eu seja uma ameaça, na verdade eu não sou uma ameaça, eu não sou perigo algum para a sociedade

Eu acho que a sociedade deveria ter um respeito ao meu problema e a todos os esquizofrênicos também, a gente também é humano e a gente tem nossos direitos, ter o nosso espaço, a gente tem livre arbítrio para trabalhar, para viver o seu estilo de vida, aí a sociedade não pode ver a gente como doente, como alguma coisa que nunca vai ter futuro, mas, ver que a gente tem futuro e que a gente tem lugar aqui no mundo. As pessoas têm muito preconceito, em certos lugares as pessoas se incomodam com a minha presença, às vezes acham que eu estou fazendo papel de louco, que tudo que eu faço parece que eu sou louco, que eu tô usando o vandalismo, que eu tô fazendo algo que é contra o que eles veem, para eles nós somos uma espécie de alienígena, não é bem assim, eles me veem de uma forma e eu os vejo de outra.

Mas, não é bem assim, sou ser humano, eles não tem que ter essa divergência comigo, mas, o preconceito ele tem muito, ele não vê a gente como se a gente fosse inferior a eles, a gente não é acima ou abaixo deles, eu não sou superior nem inferior a ninguém, estamos no mesmo patamar de todo mundo, é isso que a vida é.

Eu acho que poderia ser melhor, porque hoje em dia, vou falar a verdade, a prefeitura não está fornecendo alguns projetos, algumas oficinas, alguns trabalhos, a prefeitura diz que vai fazer uma coisa, mas, na verdade, fazem tudo pelo avesso, pela metade, os trabalhos, a voluntariedade, a solidariedade que eles têm que ter com as pessoas. O que eles estão fazendo é falta de ética e a burocracia que está dentro do CAPS não deixa as coisas acontecerem, as coisas não estão fluindo.

Para que o CAPS aconteça é preciso mudar a parte da gestão, essa parte da questão pública, financeira, a prefeitura deveria aplicar mais recursos e ter mais organização, porque é muito desorganizado, então, para o CAPS ter futuro é preciso mudar a gestão, mudar a empresa, porque o que acontece?

Tinha uma empresa trabalhando lá e mudou para outra, então, o que aconteceu? Virou uma bagunça, as coisas não estão fluindo, o CAPS não é mais o mesmo que antes, de dois anos atrás, as coisas continuam piorando, tem paciente reclamando, tem paciente surtando, médico que vai embora, é muito, paciente que mata o enfermeiro, diversas coisas assim que são absurdas, é o cúmulo, chegou no extremo, no limite completamente, é porque falta profissionais mais competentes e falta organização, gestão das oficinas, porque quando o assunto é terapia, os pacientes vão e participam, os terapeutas vão lá para trabalhar e muitos

deles vão e vão embora ou ficam no celular, na internet e esquecem que tem um compromisso conosco, com os pacientes, que nós necessitamos disso.

Então, isso acaba sendo um problema e muitas vezes a gente perde a visibilidade das terapeutas, dos psiquiatras, às vezes até do médico, porque o médico coloca um monte de coisas para você fazer, mas, você sabe que aquilo que você está fazendo vai interferir na sua vida, na sua vida pessoal, na sua vida familiar, então, tem coisas ali que o médico não está se organizando direito, que está dando muito problema, muita controvérsia, tem que mudar isso, tem que acabar isso e as coisas tem mudar para melhor.

Terapia e medicamento, uma coisa, porque assim, o medicamento não são especificamente distribuídos pela Policlínica, alguns medicamentos eu preciso comprar e são de alto custo. Alguns medicamentos têm, são pela Policlínica, mas, a questão da terapia e dos medicamentos é que o médico, às vezes, que receita certas medicações que é fora do horário, fora do padrão, fora do tempo, que eu tenho que estar colocando no dia, no meu cotidiano, no meu dia a dia, na minha terapia. Então, isso está intervindo muito, está predominando demais, então, acho que eles deviam diminuir, eles tem que saber que o paciente tem que ter autocontrole, tem que ter coordenação motora para trabalhar certas coisas.

Eu acredito mais nos medicamentos porque as terapias alternativas não tem acontecido muito dentro do CAPS, não tem acontecido muito, se houvesse terapias alternativas ia melhorar, se tivesse menos medicamentos acredito que os pacientes não estariam na situação que estão hoje. Terapias alternativas como acupuntura, auriculoterapia, massoterapia, relaxamento, reflexologia, entre outras, a arte também, a musicoterapia, a pintura em tela, o teatro, a dança terapia, mas, enfim, se tivesse mais terapias alternativas seria uma grande vantagem na vida dos pacientes, porque também tem essas outras alternativas, ele pode entrar no esporte, no futebol, basquete, entre outras modalidades, então, vai de acordo não só com o gosto do paciente, mas, para aquilo que ele quer tratar, ia realmente melhorar.

Para você ter uma ideia o CAPS não fornece tinta, tela, não tem violões para poder ajudar os pacientes a fazer musicoterapia, tá faltando recursos para o projeto de desenho, nem lápis de cor e caderno eles tem e o monte de coisas que estão faltando que não tem no CAPS. A minha mãe compra para mim fazer e os outros pacientes não fazem e reclamam: ai não tem nada aqui para mim fazer, não tem uma terapia para mim fazer. Reclamam que não tem terapia e para isso tem que ter uma organização, não tem dentista para cuidar da saúde, dessa

parte da higiene do paciente, então, está uma situação, tem que melhorar, não pode continuar como está.

Antes tinha aquelas oficinas de pintura, cerâmica, guardanapo, biscuit e outras coisas que tinha. Vamos fazer máscaras?Tinha bastante oficina artística, mas, eles cortaram, porque entrou essa nova empresa APGP e acabou interferindo em tudo. Quando a Moriah saiu tinha muitos terapeutas ocupacionais maravilhosos que caíram, todos os psiquiatras, médicos, até o médico que eu mais gostava, que eu tratei com ele, que me ajudaram, caiu. Teve um episódio de um incidente que foi muito triste, eu conheci ele pessoalmente, ele morreu no incidente, que o paciente matou ele a facadas, porque ele ia dar injeção nele, para ele ficar melhor e acho que não foi tanto culpa do paciente, porque ele estava em crise, em surto, tava fora de si, estava muito sem medicamento e foi um acidente que achei muito triste.

Fizemos uma homenagem para ele e até hoje isso me marca muito. Então, as coisas no CAPS precisam melhorar, melhorar a segurança, precisa melhorar a saúde, então, envolve uma questão global.Ali, às vezes, o violão está sem corda e eu tenho que ficar comprando cordas para o violão, que nem é da minha responsabilidade, eles poderiam ir lá a coordenadoria do CAPS, o pessoal que trabalha na gestão, deveria ter as coisas, deviam ter mais responsabilidade nessa parte, deveria ter violões.

Eu já pedi, estou pedindo para que eles organizem, a prefeitura, e eles não entram em andamento, é muito demorado. Os pacientes levam o violão para o CAPS, quem tem.Esse violão é do CAPS, eu emprestei da Thaís, eu tinha o meu violão só que ele quebrou em um acidente porque eu fiquei em surto e quebrei, mas, eu nunca fiz isso, eu só fiz isso porque eu estava sem remédio, eu tive acho que uns dez violões, acho que deviam fornecer violões para a gente ter oficina de violão no CAPS, ter música, eu queria ensinar eles a tocar violão, tem muitos que pedem, que querem aprender a tocar e não tem violão.

E eu fiz aula de canto e fiz aula de música por isso gostaria de multiplicar esse talento, tanto no violão, quanto na pintura em tela, nos desenhos, já tem alguns artistas lá, mas, é mais no violão mesmo que está precisando, os pacientes pedem para eu cantar, eu me sinto bem, quando eu vou lá eu me sinto bem, tem alguns dias que eu não estou bem, mas, quando pego o violão eu já melhoro, mas, aí eles pedem para eu tocar música,agente faz uma roda e todo mundo canta, é maravilhoso, então, parece que eu estou transformando à mim e às outras pessoas, então, eu criei uma oficina ali no CAPS.

Eu acho que deveria acontecer mais projetos sociais para mobilizar, para que eles não tenham necessidade de tratamento com medicamentos, injeção, essas coisas que deixam eles mais perturbados e conturbados, então, se tivesse a arte presente lá dentro eles não precisariam sofrer tanto como agora, porque a arte vai mover a vida deles e vai trazer eles de volta para casa deles, a arte me trouxe para minha casa de volta, me fez voltar e reconhecer que realmente eu posso melhorar, eu posso mudar, eu posso ser uma pessoa melhor, com direitos assim como todo mundo tem, eu sou uma pessoa normal como todo mundo, mesmo tendo o meu problema, quem me vê não acha que tenho problema.

Eu cheguei a recuperar as pessoas, até drogados, bêbados, prostitutas, eu pego todas as pessoas, até as enfermeiras, eles falam que eu sou um monstro da música gospel, tem um enfermeiro lá que diz: chegou o artista do CAPS! Mas, por que eu conquistei o público, eu me conquistei e conquistei as pessoas, porque estou levando a palavra de Deus e isso é muito importante, eu levar a palavra de Deus, não estão querendo fazer a pessoa mudar, ela tem o livre arbítrio para mudar, não sou ninguém, não estou forçando ninguém a seguir o caminho de Deus, ela faz a escolha dela se ela ver que o caminho está fechado, os caminhos se abrem através da música de louvor.

O CAPS que eu frequento é perto da minha casa, não é difícil de chegar porque eu pego o ônibus, eu pego o Vila Progresso, mas, se eu quiser ir a pé eu posso ir, porque fica dois ou três quarteirões da minha casa, mas, tem outras pessoas que frequentam lá e que moram muito longe, mas, para mim não é tanto, eu tenho acesso fácil ao CAPS.

Quero deixar uma mensagem. Pode ser com uma música? Da Aline Barros, que é uma música que eu gosto muito, Ressuscita-me. Mestre, eu preciso de um milagre / Transforma minha vida, meu estado / Faz tempo que eu não vejo a luz do dia / Estão tentando sepultar minha alegria / Tentando ver meus sonhos cancelados / Lázaro ouviu a Sua voz / Quando aquela pedra removeu / Depois de quatro dias ele reviveu / Mestre, não há outro que possa fazer / Aquilo que só o Teu nome tem todo poder / Eu preciso tanto de um milagre / Remove a minha pedra / Me chama pelo nome / Muda a minha história / Ressuscita os meus sonhos / Transforma a minha vida / Me faz um milagre / Me toca nessa hora / Me chama para fora / Ressuscita-me / Mestre, eu preciso de um milagre / Transforma minha vida, meu estado / Faz tempo que eu não vejo a luz do dia / Estão tentando sepultar minha alegria / Tentando ver meus sonhos cancelados / Lázaro ouviu a Sua voz / Quando aquela pedra removeu / Depois de quatro dias ele reviveu / Mestre, não há outro que possa fazer / Aquilo que só o Teu nome

tem todo poder / Eu preciso tanto de um milagre / Tu És a própria vida / A força que há em mim / Tu És o Filho de Deus / Que me ergue pra vencer / Senhor de tudo em mim / Já ouço a Tua voz / Me chamando pra viver / Uma história de poder.

O CAPS deveria fazer oficinas que são fora deles, não dentro deles, o CAPS deveria fazer atividades em outros lugares da cidade, em alguns parques temáticos, em outros lugares que houvesse encontros entre todos os CAPS que se reunissem para fazer algum projeto artístico, na parte de artes. Acho que devia ter, acho que os CAPS deveriam todos eles se conversarem, eu queria saber como é os outros CAPS, como é que eles são, que funções eles trabalham, que tipo de terapia eles trabalham, tudo eu queria saber e não tem essa junção, deveria ter essa junção, eu queria que houvesse, eu até hoje me pergunto: Quando será que os CAPS vão todos eles se juntar e fazer um projeto grande e todo mundo estar junto? As atividades podiam acontecer fora, podiam fazer um evento fora do CAPS, porque assim, todo mundo se reunia, então todo mundo ia ganhar mais experiência, trocar mais novas experiências, ia ser algo maravilhoso o CAPS deveria ser um leque aberto, um livro aberto para tudo.

Sueli

É muito importante a gente falar sobre a esquizofrenia porque a sociedade ainda não está preparada por falta de informação. Eu fui casada com um homem que era esquizofrênico, então eu tenho dois filhos esquizofrênicos. Só que o que mais se agravou foi o Ronaldo e eu não deixei ele ser diferente dos outros. Quando ele teve os primeiros surtos eu o acompanhei.

Eu procurei os médicos, eu olhava, eu lia. Coisa que os pais muitas vezes não fazem, eles não leem o que estão dando para os filhos, eu observo muito isso. Então muitas vezes eu discuti com os médicos, porque a medicação era muito forte e eu não queria isso para ele. Porque além da medicação que o psiquiatra me passa eu tenho outras alternativas, que seria a massoterapia, a auriculoterapia. Então o Ronaldo tem um acompanhamento bom e eu conscientizei minha família de que nós tínhamos um filho especial, que o irmão era especial e que eles tinham que entender. Então hoje meu filho, meus tios, meus irmãos, todos eles adoram o Ronaldo. Se ele passa e não cumprimenta é porque é normal. Um dia o esquizofrênico passa e te fala bom dia, no outro ele nem olha em você. Só que eu aprendi a ouvir ele e nas reuniões que me chamavam, eu sempre estava presente nas consultas. Então eu

nunca o deixei, eu sempre quero saber mais. Eu estudei o que é esquizofrenia para mim saber como ele está no dia dele e para mim ajudar ele, porque eu não quero que ele seja dependente de mim, porque eu não vou viver para sempre. Meu marido faleceu há onze anos e ele tem que estar preparado para hora que eu for. Então qual o segredo? Participação. Meu filho foi fazer uma prova na faculdade, eu fui junto, ele foi fazer uma inscrição, eu fui junto. Não Ronaldo você não passou, mas, você vai passar. Então as dificuldades dele a gente supera assim, o medo muitas vezes, ele vem dormir no meu quarto de medo. Então eu fui mãe presente, eu ouvi, tanto é que ele está aqui com você agora e eu estou junto. Porque ele não faz nada sem olhar em mim, sabe?

Não é que eu quero ser a mãe, até falei assim: nossa, você tem que ficar independente de mim. Quando ele fez vinte e um anos, ele até brincou comigo: mãe agora eu sou maior e eu falei: tá bom. Só que ele vai, ele volta, ele tem horário, tem regras. Não é porque ele tem um problema que ele vai deixar a toalha molhada em cima da cama, não vai lavar o copo que ele toma um suco. Então, eu sou muito assim, sabe? E isso fez com que ele visse que ele não é diferente, ele é igual o irmão, igual a irmã, essa é a verdade.

Agora, os pais, os psicólogos, tem coisas que eu não aceito. Eles falam assim: pode fazer Ronaldo. Mas, às vezes a sociedade tem regras e nós vivemos em um mundo de regras. Eu falo: Ronaldo você não pode. Você não pode pegar, por exemplo, entrar numa loja ou sair de casa sem camisa e entrar dentro de uma igreja. Você não pode fazer isso, então, dou educação. O CAPS, a maneira que eles pensam, então por isso a sociedade rejeita hoje o paciente. O paciente não penteia o cabelo, não se arruma. O Ronaldo não. Ele está sempre com o cabelo bem cortado, faz barba, tira sobrancelha. Esteticamente ele está bem, mas, isso é com meus recursos, porque o governo, hoje, não me ajuda em nada e eu trabalho doze horas para manter minha família e ainda não pago aluguel, por sorte. Mas, o resto, é tudo eu.

Mas, eu não me arrependo de nada em nenhum momento. Tudo que eu dedico para o Ronaldo é... Nossa, ver ele cantar, ver ele estudar, ver ele lendo um livro, pesquisando na internet, porque ele é super inteligente, entra na medicina, entra na filosofia para você ver onde ele te leva. Às vezes tem coisas que eu não sei, ele faz trabalhos para irmã, de escola, ele fala dois idiomas, fala bem o inglês, o espanhol, lê e escreve corretamente. Ele tem uma doença mental, mas, isso não tira ele de uma vez do meio social. Porque não arruma um emprego para ele? Ele fala: mãe eu quero trabalhar. Porque eles falam: ai, ele toma remédio. Tudo bem, ele toma remédio hoje, mas, só que ele não dorme durante o dia, ele toma remédio

para dormir é o contrário. Então o que eu falo para você, porque que ele não está trabalhando? Não, é olha, ele é saudável, alto, bonito, mas, ninguém fala assim: nossa, deveriam dar uma oportunidade para ele.

A Prefeitura não faz um projeto que coloca um paciente do CAPS para trabalhar, sendo que o Ronaldo tem capacidade disso. Se ele lava, ele cozinha, ele pinta, ele toca violão, ele faz aula de canto, ele entrou numa faculdade. Ele não pode trabalhar se ele entrou na faculdade? É porque ele está preparado e por que o governo não dá ajuda na área de dar bolsas para eles estudarem? Porque o Ronaldo, essa coisa dele ir, tem as pessoas que aceitam ele, porque os meus amigos aceitam, eles adoram, eles mandam mensagens no Face. É isso, é aquilo, elogiam ele, faz parte.

Eu sou massoterapeuta faz vinte e seis anos e de tanto a pessoa falar assim: ai você é a melhor, só você faz assim. Mas, eu tenho que me sentir, tanto é que eu continuo estudando. Estudando sempre.

Mas, e o Ronaldo? Como ele vai se sentir melhor? O ser humano parece se sentir melhor com trabalho. Para mim, depressão se cura com trabalho e com convivência familiar, amigos. Isso é a cura. Então eu espero que esse trabalho que você está fazendo ajude os pais a acordarem e abraçarem seu filho. Eu faço isso. Eu abraço cedo, de tarde, de noite, se precisar dar umas palmadas, eu dou ainda. Então eu acho que a educação também é importante e é só isso que eu tenho a dizer e eu estou preparada para tudo.

A família é importante, a religião é importante, não importa, seja qual for. O Ronaldo fez aula de pintura com onze anos. A primeira exposição foi na Secretaria, na biblioteca aqui em Sorocaba e ele ganhou o prêmio de primeiro artista que fazia pinturas contemporâneas e isso já vem lá do começo. Então foi muito importante ele participar receber o prêmio, o diploma de pintor. Depois, mesmo depois de doente, ele continuou fazendo o curso e ele chegou a ir dar aula, ele ensinou outras pessoas a pintarem.

Antes dele ter este surto, esta recaída e ter manifestado a doença, foi importante o investimento. Através da pintura, quando eu vi que o CAPS não tinha tantos recursos, eu comprei tela e disse: deixa que ele pinte, que quebre, que faça o que ele quiser com essa pintura. Outra hora ele pintava pinturas agressivas e aí você já sabe que é o quadro do paciente, mas, ele não, ele foi moldando e voltou a pintar e a escrever de novo.

Então, o Ronaldo, ele regrediu e depois ele voltou, mas, foi através da arte, da música, ele pegava o violão, ia lá no Fernando Prestes e tocava o dia inteiro. Sorte que eu moro perto

do centro. Ele vai, toca, volta, almoça, toma um suco e volta de novo. Ronaldo, não fica sem tomar água, toma muita água. E o pessoal do centro conhece ele, das lojas, então dão água, compram umas coisas para ele, mas, ele já é conhecido na cidade e todo mundo sabe que eu sou terapeuta. Então muita gente me conhece e isso é importante, porque a música resgatou o Ronaldo.

Hoje eu vejo ele escrevendo música, ele tem o quarto dele, ele arruma as coisinhas dele, ele escolhe as roupas que ele veste, ele é uma pessoa independente de mim, eu tornei ele independente, eu não vou ficar falando: você veste tal camiseta, você veste tal calça, não sei como ele vai, ele se arruma, aí ele passa lá para mim ver se ele está bem e sai. Ele se preocupa com isso. Então a música, tudo que eu gastei com ele em relação a pagar escola de música, aula de canto, aula de pintura, foi importante, sendo que o governo tá aí para isso não é?

Então deveria ter isso no CAPS, tanto é que hoje ele quer dar aula de violão para os pacientes. Então ele fala assim: mãe, eu vou lá cantar para os pacientes. Então eu olho assim e consigo sorrir por dentro, mas, ele é um paciente. Você já viu isso? Um paciente falando que quer dar aula para outros pacientes? Que vai lá para cantar para os pacientes? É o Ronaldo. Então você fala assim: nossa ele está bem mesmo. Porque se ele consegue ver os pacientes como pacientes e ele podendo ajudar, a evolução está aí não é? O investimento valeu a pena.

Vamos prefeito, vamos governo, vamos fazer uma vaquinha aí para fazer exposições do Ronaldo e de outros pacientes também, que tenham arte, porque isso está dentro deles. Eu não consigo pintar uma tela. Você pinta? Eu não consigo tocar violão, eu não consigo fazer música. Eu sei fazer terapia, eu sei fazer reabilitação, mas, para mim, música eu gosto de ouvir.

Olha toda vez que você vai no CAPS tem que ter reunião. Para você conseguir marcar para passar com alguém, às vezes, leva dias. Daí você fala de um projeto e eles dizem: ah! tem que conversar com fulano. Daí o fulano, daqui a pouco, você vai lá e diz: vamos fazer? Então, não agora, mudou a diretoria. De cinco meses para cá está mudando muito, tá perdido o CAPS, tá meio que perdido lá essa parte de projetos. Essas mudanças não estão favorecendo em nada os pacientes, porque na troca de um médico ou de um terapeuta ocupacional eles sentem.

Por que o Ronaldo trocou três médicos durante o tratamento dele nesses três anos e a cada médico que ele vai, ele fala para mim: eu não vou mais, por que ele acostuma com os médicos e os médicos passam a conhecer os pacientes e é através disso que eles melhoram. O

Ronaldo tinha um psiquiatra que sentava com ele para tocar música. Isso sim é um médico que participa, que está junto ali. Só que daí muda, aí vem outro que não sabe a medicação e aí você tem que ficar no meio. Muitas vezes eu não dei toda medicação e eu cheguei até à discutir com o psiquiatra, porque eu não quero deixar ficar alta a medicação para ele, porque a gente faz terapia alternativa também, porque ele é uma pessoa calma, ele não surta, ele não quebra nada dentro de casa, ele está bem.

Agora, os pais que não vão lá, que não participam, os pacientes que não tem família, o que acontece? Vão medicando, medicando, daqui a pouco você chega lá e estão todos dormindo, babando. Isso é errado. Eles são seres humanos. O tratamento medicamentoso não é a saída. A saída para mim são as terapias, porque deveria ter mais terapeutas ocupacionais, mais psiquiatras. E também uma coisa que eu acho que deixa muito a desejar, porque a gente está discutindo muito isso, eu participo de alguns exemplos, de algumas palestras: o celular não deveria entrar dentro de uma empresa, principalmente dentro de um CAPS. Um profissional que está com um celular, ele não dá atenção. A mesma coisa eu ir fazer uma reabilitação, vou aplicar agulhas em você de acupuntura e eu estar com o celular e com agulha na mão. O que você vai achar? Qual a segurança? Eu acho que os profissionais do CAPS não são tão policiados, tem que haver uma mudança no regime deles. Tem que entrar ali dentro e ser como uma empresa, entrou, deixa o celular na bolsa.

Eu acho que você não precisa ser o melhor em muitas coisas, no que você faz. Eu não faço muitas coisas, mas, tento ser a melhor naquilo que eu faço. Eu acho que o prefeito, eles falam tanto em fechamento de hospital, eu sou a favor do fechamento dos hospitais, mas, o CAPS ainda não está preparado, não tem uma estrutura boa, senão, não teria acontecido o que aconteceu com o nosso enfermeiro Carlinhos, que era do CAPS que meu filho frequenta, porque aconteceu aquilo.

Moço jovem, não é? Trabalhador, uma pessoa dedicada, ele realmente era muito dedicado aos pacientes. Então você olha assim, você fala: porque aconteceu isso? Foi falha, falta de pessoas, falta de gente para trabalhar, falta da cobrança da família, porque o paciente ficou tantos dias sem medicação. Eu olho todo dia: você tomou o remédio? Eu vou lá olhar, conferir. Então esses pacientes podem ter uma vida normal desde que você fiscalize, porque eu olho tudo desde o começo do tratamento. Eu dava para ele engolir na minha frente e olhava na boca. Não é ser sargento, então entendi, mas, eu não quero que ele seja um perigo para sociedade, tanto que ele não é, nunca foi, por causa disso, porque eu sempre tive junto.

A hora que eu via que o medicamento era muito forte eu falava: doutor, não dá para diminuir? Então eu cobro, mas, eu faço minha parte. Então, acho que está na hora de os pais se juntarem, fazer nossa parte em casa com os pacientes, mas, também a gente ir lá no CAPS e cobrar e o CAPS ir junto com a gente cobrar na prefeitura, ou seja, lá no governo, não sei onde, mas, a gente tem que fazer a nossa parte.

É como se fala: educação não é na escola, educação é em casa, começa na casa o tratamento dos pacientes, começa na casa. Tá se alimentando? Está tomando banho? Tá se cuidando? Tá fazendo alguma coisa? Começa tudo na casa. Você não pode cobrar nada que você não faz, eu cobro por que eu faço. Eu escutei uma frase que eu digo sempre: eu não falo, eu faço.

Você está vendo o Ronaldo como ele é? Ele é um menino que tem uma doença sim, bem que você vendo ele assim, você fala: nossa, não é, ele engana muita gente dizendo que ele não é paciente. Ele disse que ele vai lá cantar para os pacientes para você ter uma ideia. Já pensou ter vários Ronaldo ajudando os outros. É muito mais fácil ele ajudar um paciente porque ele já passou por aquilo, ele tem já formação dentro dele. Então quando eu converso com o Ronaldo tem muitas coisas que eu aprendo com ele, eu tive que aprender mais coisas para saber como cuidar dele, o que era esquizofrenia, o que era a reação, os graus da esquizofrenia, não é um grau só, tem três graus, então o que eu fiz? Eu olho nele e já sei como ele está. Eu olho e falo para minha família: deixa ele, ele está nervoso. Eu sei porque eu sei como está o Ronaldo. O que está acontecendo?

Eu estou atenta, mesmo eu trabalhando como eu trabalho, e ele é obediente. Então uma pessoa como ele pode trabalhar, ele entrou na faculdade porque ele é inteligente, se não, não entrava. As notas do Ronaldo sempre foram oito, nove, dez, nunca repetiu em nada, porque ele grava, não é? Você falou que vinha e se você não vem, eu ia escutar a noite inteira, até umas onze horas, até o remédio fazer efeito. Ele só marca mãe, ele não vem, porque ele cobra. Então ele cobra, porque se você promete alguma coisa para o Ronaldo, você tem que fazer, por isso que eu não prometo nada, eu digo: vamos então Ronaldo. Aí sim, eu sempre falo assim: a gente tem tempo para tudo, tempo para amar, tempo para dormir, tempo para trabalhar, tempo para tudo na vida. Há tempo para tudo, então deixa uma hora para seu filho, você não tem horário para você se cuidar, para você estudar, para você trabalhar? Então, se você tem um filho, você tem que ser responsável, são os pais que serão os responsáveis, eu vou ser até o fim da minha vida.

Olha se o Ronaldo estiver pintando, você esqueça, se você não chamar ele, ele nem come, ele fica, ele vai embora na pintura, porque a imaginação dele é muito grande, ele é muito acelerado. Então ele quer fazer muita coisa e ele faz. O importante é que ele faz arte, para ele pintar tela, ele tem sonho de fazer uma exposição grande, ele quer conhecer, ele consegue pintar coisas incríveis, não só um estilo, que é uma coisa da mente deles mesmo. Então ele tem sonho de fazer uma exposição. Eu falo: Ronaldo, espera um pouco, deixa a mãe terminar de pagar tal coisa que a gente vai ver. Vamos começar pintando, devagar, uma hora a gente faz uma exposição. Mas, imagina se o governo desse tela e as tintas? Para ele é tão fácil. Ele podia expor, vender, ganhar um dinheiro, poderia sobreviver da própria arte dele, só que eles não pensam nisso, parece que eles querem aquela pessoa doente, eu não quero um filho doente, eu aceito que eu tenho um filho que tem problema, mas, esses problemas podem ser contornados.

O benefício que a gente recebia era pensão do pai dele, era pensão de morte do meu marido. Daí eu recorri, porque esse benefício ajudava. Até parece brincadeira, era quatrocentos reais, mas, ajudava. Ajudava a pagar os cursos e até mesmo comprar algum remédio e aí o que aconteceu? Quando eu fui recorrer, falaram para mim, os advogados, que ele não tinha esse direito, porque ele ficou doente depois que o pai morreu, ele só teria direito desse benefício se ele tivesse manifestado a doença antes do pai morrer.

Agora, o que você acha? Ele era menor, tinha onze anos quando o pai faleceu. A doença se manifestou quando ele tinha dezessete para dezoito anos. Ele perdeu o benefício com vinte e um anos. Simplesmente o governo cortou, o que eu acho um absurdo, hoje mesmo, se ele estivesse estudando, ele teve que parar por causa do medicamento, eu pagaria hoje para a Anhanguera trezentos e cinquenta reais, porque a Anhanguera deu uma bolsa de setenta por cento para ele do curso que ele estava fazendo. Tá trancada a matrícula. Esses quatrocentos, eu dava trezentos e cinquenta, o passe ele tem da prefeitura que a prefeitura fornece, só que alimentação e outras coisas eu dou para ele.

Eu trabalho, eu tenho minha vida própria, essa parte de higiene, roupa, tudo é eu, e esse dinheiro fez falta para os cursos, então ele reclama para mim, às vezes, eu digo: Ronaldo, tenha paciência, as coisas vão mudar. Outros benefícios como LOAS é dez meses só para agendar, dentro de dez meses ele tem que tomar água, tem que se vestir, tem que estudar, tem que fazer curso, tem que ir na terapia, tem que ter tênis, tem que ter sapato.

E o Ronaldo tem um problema grave, ninguém pode dar sapato para ele, por que o pé dele é quarenta e seis, imagina? Você tem que ter sapato, então eu tenho que comprar e se você vai comprar um sapato deste número é mais caro, então eu falo assim: meu Deus Ronaldo até quando eu vou ter que cuidar de você? Eu sei que o meu benefício ele vai ter direito, mas, o do pai ele perdeu, você não acha uma injustiça?

Então, eu falei: Ronaldo, enquanto eu estiver trabalhando vamos fazer uma parceria, nós dois, eu trabalho, eu ajudo você e você me ajuda. Como assim? Não deixa as roupas bagunçadas, lava a louça, trata do cachorro, já tá bom, fazendo isso para mim já está bom, vai fazer terapia, eu sei que ele está no CAPS porque eu ligo lá, outra hora ele está na internet, ele está lá. Eu falo: tá bom Ronaldo só que sete horas e na hora do almoço esteja em casa. E eu venho almoçar e ver se ele come, se ele se alimenta em casa, eu gosto que ele se alimente bem, porque a alimentação é muito importante para os pacientes.

Só que eu vejo lá no CAPS que a comida é bem ruim. Você não vê legumes, você não vê salada e o Ronaldo, não. Você pode ver a pele do Ronaldo, ele é bem alimentado. Eu penso assim: eu não vou deixar ele comendo no CAPS, porque em casa a alimentação é saudável, daí ele come, depois ele volta tomar o café quatro horas, ele sai mais um pouco, depois ele vem jantar, daí ele já fica, daí ele não sai mais, só quando ele vai na igreja, aí ele sai.

O ano passado eu ia fazer atividades no CAPS, porque eu fazia a parte de estética lá, atendia os pacientes uma vez por mês, mas, daí veio o outro grupo e este outro grupo, até agora, não formou nada, não me convidaram mais para fazer estética, não me convidaram mais para nada. Eu vou lá de xereta. Tô lá porque quero ver o que está acontecendo lá dentro, eu vou lá olhar, que será que o Ronaldo está fazendo? Aí vou ver.

A família não tem participado, os pacientes estão jogados. Tanto é que os pacientes me conhecem e eu chego lá e eles já vem me abraçar, já sabem que é a mãe do Ronaldo. Cadê o Ronaldo? O Ronaldo não veio hoje? Não, ele vinha só cedo mesmo. Então está assim muito apagado, o CAPS deu uma esfriada muito grande em relação aos pacientes e à família também, infelizmente. O CAPS, desde o ano passado que teve essa mudança, não estou falando que este grupo que está atendendo CAPS seja ruim, talvez eles não tenham recursos para mandar os médicos mesmo, ou até mesmo, mais profissionais, não estou falando que a gestão deles é ruim, o que está ruim é que está faltando gente para trabalhar, material e recursos.

Você não acha que se os pacientes tivessem mais atividades e menos remédios o custo do governo até baixa? E pacientes saudáveis, a sociedade fica mais tranquila. Ninguém vai ficar preocupado em ter um paciente andando na rua e ter um paciente às vezes babando na rua, porque o coitado também pode ir no centro, quer ver a rua, a cidade. Não vai ter aquela ignorância. Eu e meus amigos, o pessoal do meu meio, da área da saúde, a gente não tem isso, a gente quando vê, a gente cumprimenta.

Esses dias eu fui no PA²³⁹ e o paciente lá não falava e não fala ele, é até do CAPS que o Ronaldo frequenta. Ele começou a gritar, a dar com a mão, porque era eu que estava lá, entendeu? Então eu saí do meu lugar e fui lá, ele me abraçou. Então a sociedade, ao invés de rejeitar, deveria dar um abraço, dar uma água, ou sei lá o quê quiser dar.

Porque eu tenho um filho problemático e quando eu falo, as pessoas falam: nossa. Eu falo: sim, eu tenho um filho especial. Qual Sueli? O Ronaldo? O Ronaldo. Então, muitos amigos meus que não tinham noção do que é o CAPS, a psiquiatria, hoje falam: nossa Marta eu admiro você acompanhar seu filho, você não vai atender quinta-feira porque vai ao projeto.

Custa eu perder meio período de trabalho? Vale a vida dele. Ele está bem, ele está feliz, está contente, porque a mãe está junto. Eu fui nesse evento de agora, não estou querendo me engrandecer, eu não sou uma pessoa que gosta de se aparecer, mas, só estava eu com o Ronaldo e eu não vi nenhuma mãe. Porquê? Será que o CAPS não convidou? Porque será que os pais estão tão preocupados com o dia a dia deles que o CAPS que se vire com os pacientes? Igual a escola que se vire com seus alunos, porque o professor é ruim, professor isso, professor aquilo, mas, eles não educam os filhos. Eu faço questão de participar, ver que remédio está bebendo, o que o médico está falando, o que ele está achando.

Eu também falo para o médico o que eu penso. Depois não adianta o médico... Eu acho interessante uma coisa, psiquiatra tem uma mania de mandar você entrar com o filho e depois ficar com o filho sozinho, daí ele faz a avaliação dele e manda. Acho errado isso, porque tudo que o médico fala para o Ronaldo depois ele vem e fala para mim. Então não vai adiantar nada você não acha? Porque na verdade eu sou a mãe, estou com meu filho vinte e quatro horas, eu estou ali, eu durmo ali, ele come ali, depois o médico olha para mim, às vezes, até meio bravo, porquê? Não é que eu sou pegajosa, eu acho que se a gente está ali com paciente é porque a gente se preocupa com ele. Então, o médico não deveria ter esse negócio, paciente com a mãe depois só paciente. Você não acha errado?

²³⁹ PA - Pronto Atendimento

Eu não gosto de falar mentiras do Ronaldo, tudo que eu vou falar do Ronaldo, eu falo na frente dele e depois para o médico a mesma coisa, não tenho que esconder nada, acho que deveria ter uma mudança aí, os psiquiatras deveriam rever isso, é muito remédio. Teve vezes de eu desobedecer o médico, diminuir por conta, depois chega no próximo mês o Ronaldo está bom, estava bom no caso. Isso no começo. Quando o médico falava para diminuir eu já tinha diminuído e a mãe olha: viu como eu estava certa Ronaldo? Não é para você ficar dopado, aí investimos em outras terapias: vamos passear Ronaldo? Vamos lá para casa da família? Vamos para a chácara? Vamos em algum lugar?

A gente sai junto, então ele não fica isolado do mundo. Outras pessoas buscam ele para sair. O Ronaldo gosta muito das pessoas, ele sai para cantar, não por dinheiro, por prazer mesmo. Só que eu já falo: você leva, mas, traz que aí eu não fico preocupada com o horário de medicação. O Ronaldo vai nessa caminhada que tem todo ano lá em São Paulo. Imagina você mandar um filho assim para São Paulo? Tem que confiar na pessoa que está levando, não é? Então eu queria dizer que quando ele foi pela primeira vez eu fiquei tão feliz e o pessoal que levou ele ficou tão feliz, porque ele obedeceu todo mundo. Agora todos os eventos ele vai, ele está livre para ir. Só não deixei ele tirar carta de motorista, porque eu tenho um pouco de medo. Aí eu falei para ele que se ele continuar melhorando, ele vai tirar, porque ele tem um sonho de andar de moto, mas, eu disse primeiro que tem que melhorar essa medicação e ele entende isso. Isso que é legal, porque nós dois somos muito amigos.

O Ronaldo, só para você ter uma ideia, ele deita na minha cama: ai mãe ainda sou o caçulinha, sabe? É umas coisas que fazem bem para ele e que eu vejo que ele está carente: ai Ronaldo deixa a mãe descansar que a mãe está cansada. Ele assiste filme comigo, isso é do paciente e isso faz a diferença. Daí ele dorme bem, não tem pesadelos mais, a turma até fala para mim, minha família: Sueli só você entende o Ronaldo, não é porque só eu entendo é que a gente não tem que gostar do que está fazendo. Agora se você não ama seu filho é difícil os outros amarem, não é? Eu penso assim. Então, por isso eu cobro muito do CAPS. Às vezes o psicólogo até olha em mim meio torto assim, mas, eu não ligo não. Cobro mesmo. Ele diz: mãe, o psicólogo mandou fazer isso. Eu digo: não faça Ronaldo, isso é antissocial. Daí eu vou explicar para ele o porquê, porque não pode certas coisas, o que pode e o que não pode e o Ronaldo entende, é só conversar com ele.

Então paciente é conversar, deveria ter mais psicólogos para atender um por um e não tem, tem uma psicóloga para um monte de pacientes, psicoterapia é um grupo. Foi ontem,

esses dias que o Ronaldo teve um problema, ele ficou nervoso e eu fiquei duas horas conversando com ele, porque afinal de contas eu sou terapeuta e se eu converso com os meus pacientes não vou conversar com meu filho? Se ele tivesse uma psicóloga, ele poderia chegar lá e ter uma psicóloga de plantão, se o paciente está com problema, está meio triste. Oi Ronaldo, vamos entrar aqui, trinta minutos de conversa com ele, ela muda a mente dele, só que não tem essa pessoa, por que a psicóloga tem que atender o grupo.

É uma tal de reunião em cima de reunião. Igual o meu marido falava: quando a empresa começa a fazer muita reunião é porque está fechando. É verdade isso, eu creio nisso, o alemão falava isso: Sabe Sueli, quando começa a fazer muita reunião é que o negócio não vira, não está indo para frente e o CAPS está virando isso, é reunião em cima de reunião. Reunião, quer conversar com o fulano? Tá em reunião. Quer conversar com quem? Tá em reunião. Que é isso? Que droga de raios é esse? Que só reunião.

Então, tem que ter mais atitude e não adianta você escrever aqui e não colocar no ar, não é verdade? Tudo que você escreveu, joga no ar, vamos buscar as pessoas, aí sim. Agora, se você escrever e fechar o caderno ou deixar o vídeo lá no cantinho, não vai resolver nada. Assim é com os deficientes, assim é com os drogados, em todos os setores da nossa vida, os mendigos da rua, não adianta você ficar levando sopinha para o mendigo, porque você não arruma um lugar, um local onde eles podem ir? É falta de psicólogo para conscientização.

Eu sou contra essas coisas de ficar dando sopinha para mendigo, eu torço contra. Eu sou a favor de criar um núcleo, um local para levar eles para começar a conscientizar, para trabalhar, cada um deles tem um problema emocional e problema emocional ataca a sociedade. Não adianta nós ficarmos dando pão. O Ronaldo vai lá cantar para eles e eles amam o Ronaldo, ele dá uma alma para eles, então, eles ouvem aquela música, mas, isso não é solução. A solução é ter um local para eles aprenderem a trabalhar, a fazer alguma atividade, ser respeitado como ser humano, porque quando você passa perto de um mendigo, tem pessoas que nem olham, tem nojo. Meu Deus, onde está nossa sociedade? Porque eu me preocupo com isso. Quantas vezes o Ronaldo cantou, ganhou o dinheiro e comprou lanche para os mendigos?

Então o Ronaldo faz isso, até o médico falou para mim: Sueli você tem que deixar ele cantar e ganhar dinheiro porque ele está sendo social. Eu falei: não é social não, eu sou contra isso, eu sou a favor de ter um local para a gente ajudar eles, aqueles que querem ser ajudados vão e daí se você não der mais as coisas eles vão procurar esse recurso, que é o local. Assim

como os pacientes vão para o CAPS, os mendigos, os pobres, os mais carentes, vão também, mas, é o trabalho que dignifica.

Eu trabalho muito e eu sou feliz assim por que eu consigo comprar o pão todo dia, o leite, não falta nada para meus filhos e eu trabalho doze horas por dia e não reclamo, não tenho dor e não tenho problema nenhum, nem depressão eu tenho. Eu criei os quatro filhos assim. Eu tenho uma filha casada, tenho netos, eu corro, eu sou maratonista. Esporte é bom para mim, é a fuga minha dos problemas que eu tive em relação à família, em relação à esquizofrenia, foi através do esporte. O esporte me ajudou muito.

O sucesso do Ronaldo está ligado à toda criação que eu dei para ele, se você chamar um psicanalista ou psicólogo, até mesmo um psiquiatra, eles vão falar isso, porque eu passo muito o lado positivo da vida para ele, eu não levo problemas para meus filhos, eu coloco eles a par do problema, mas, eu não levo problema para eles.

E porque não há um projeto dentro do CAPS onde os psicólogos possam conscientizar as mães, os pais e, até mesmo, os irmãos, avós. Porque hoje minha família tem um respeito muito grande por ele, pelo meu filho, pelo fato de eu ter explicado. Uma reunião no dia das mães, eu digo: olha eu tenho um filho, meu filho está assim, assim, assim, assim e eu tô estudando, eu tô assim e eu não quero que ninguém brigue com ele, porque ele estava naquela fase que não olhava para ninguém e atropelava todo mundo, pisava em cima se fosse possível. E daí todo mundo começou assim: Ah! ele é louco. Não! Ele não é louco gente, pára com essa mania de chamar ele de louco, ele tem um problema. Daí todo mundo começou a ver, começou a estudar. Eu tenho uma irmã que é terapeuta ocupacional e isso ajudou muito, ela falou assim: nossa, é verdade.

Hoje ele chega e é um prazer quando ele chega, porque o Ronaldo já chega de violão na mão. Então, nas festas, nas reuniões: olha o Ronaldo como ele está bonito! Ele está sempre bem bonito, hoje ele não está muito, mas, ele está sempre bem arrumado, então ele gosta de ir lá para eles verem que ele é alguém.

Você sabe qual foi o trauma do Ronaldo? Por que os meus sobrinhos fazem faculdade, outros já se formaram. Eles pensam que eu não sou ninguém, mas, eu vou ser alguém. Então ele mesmo cobrava, mas, se eu falasse assim: não, você não vai conseguir ir na faculdade porque você é problemático, eu ia ajudar ele? De nenhuma forma. Então, vamos fazer o tratamento, vamos tomar a medicação, depois a gente vai e essa é a melhor forma.

Olha, eu queria dizer assim, eu como mãe, como mãe e pai, vou me qualificar como pai também porque eu sou pais, pai e mãe, que para mim, o céu é o limite e como o céu está muito acima de mim e de todas as mães de pessoas com transtornos mentais não há limite, nós temos que correr atrás, nós temos que respeitar e amar mais nossos filhos. Só isso que eu tenho dizer.

Laura

Laura de beleza. Eu comecei a fazer o CAPS porque o pessoal percebeu que o meu humor mudava muito. Ele muda de acordo com o cotidiano, com as coisas que acontecem, porque eu sou muito fácil de irritar, é do meu signo, mas, é difícil de me enganar duas vezes. Como eu não estava conseguindo me controlar desta raiva interior que eu tenho, aí eu resolvi procurar o CAPS para dar uma ajuda.

Com as atividades eu dei uma melhora, o remédio também controla e hoje estou bem melhor que quando eu entrei, na minha opinião. Nasci em Sorocaba e sempre morei aqui na Vila Gabriel e moro com minha família. Agora tem bastante gente lá, tem primos, tem tio, minha mãe, mas, não conheci meu pai. Fui para a escola até a quinta série, mas, eu desisti porque na prova eu não passei, faltaram duas perguntas para passar, aí eu fui tentar refazer a matrícula, mas, o SESI não estava no mesmo lugar, não estava mais lá, na Júlio Ribeiro, que era lá que eu estudava. Parei de estudar com 24 anos, há 10 anos atrás, e agora vou fazer 35, amanhã.

Tinha 27 anos quando CAPS apareceu na minha vida, foi em 2009, e no começo eu não queria aceitar que eu tinha um problema, eu falava: não, eu não preciso, aqui é lugar de gente louca, de gente muito louca, a pessoa mata os outros, tem muito psicopata. Mas, não era assim, tinha pessoas boas lá.

Também eu tinha muito medo, tinha muito medo, no começo eu não queria vir para o CAPS, quando eu comecei a fazer, às vezes eu dava uma escapada para não ir, ficava o dia todo fora e depois eu voltava. Aí, até quase desistiram, mas, tudo bem, eu acabei gostando, tem muitas atividades.

Tem música, eu comecei a gostar, tem desenho, tudo o que você gosta de fazer, a música apareceu na minha vida no CAPS em 2014, aqui na Vila Progresso, aí teve teatro também, eu comecei a participar, fiz treinamento corporal, porque para atuar tem que

aprender o corporal também, depois vem o texto, as coisas né? O figurino, aí que pensa nessas coisas, eu fiz o treinamento com a Jéssica, porque ela foi no CAPS e ela apareceu com esse trabalho de fazer teatro, mas, não cheguei a me apresentar, fiz só oficina. Fiz oficina de desenho, de poesia, que eu fazia, só que depois eu me desinteressei, porque eu não tinha inspiração para desenhar, eu só consigo inspiração com o Ronaldo.

Eu também escrevi poesia aí eu parei de fazer e hoje continuo fazendo as mesmas atividades música e desenho, às vezes eu desenho mesmo sem estar no CAPS, me dá uma criatividade e eu vou lá e desenho qualquer coisa ou copio uma receita que eu vou fazer na arte culinária e faço também caminhada, que é para o corpo ficar disposto. Eu faço então quatro atividades e vou no CAPS de segunda a sexta-feira, todos os dias quase. Eu não tenho acompanhamento de ninguém, eu vou sozinha mesmo, mesmo quando o CAPS era na Itavuvu, eu pegava o ônibus com meu cartão, que é de uma pessoa só não pode ir acompanhante.

Não foi minha mãe que cuidou de mim, foi outra pessoa, mas, ela só ficava esperando meu tratamento e tudo dar resultado, minha relação com minha mãe é bem ruim porque eu sou bem rebelde e essa pessoa morreu em 2006, foi sepultada, era minha avó de consideração, que cuidou de mim desde bebezinha.

Agora o medicamento ficou com CAPS porque não tem como minha mãe vir buscar, minha mãe é muito velhinha, então o CAPS ficou responsável, eu não tomo remédio em casa, eu tomo no CAPS toda manhã, eu venho de manhã e tomo remédio, eu não fico com os remédios, pego só o de sábado e domingo, de feriado também eu pego. Quando eu fico em casa, agora no tempo do frio, fico embaixo do cobertor, pego uns três cobertores. Em casa eu desenho e eu já cantava mesmo antes de entrar no CAPS. Eu tinha um DVD e eu treinava com ele, eu ensaiava em 2011, foi quando eu ganhei o DVD, aí eu comecei a cantar, cantava música sertaneja, romântica, de vários tipos, até MPB assim.

Em 2014 entrei no CAPS da Vila Progresso e pensei: olha ficou pertinho de mim agora. Frequentava o da Itavuvu, aí em 2012 no CAPS do Santa Rosália e em 2014 na Vila Progresso. Antigamente no CAPS tinha oficina só de pintar guardanapo, fazia um esboço com lápis de esboço e depois pintava com tinta de tecido, aí para contornar eles que contornavam, mas, eu não sabia ainda direito contornar, mas, depois eu aprendi, eu mesma treinei o contorno. Tinha mosaico também, que tinha assim umas pedrinhas coloridas que juntava os pedacinhos e depois a gente colava tudo, mesclado assim, aí fazer um mosaico bem bonito.

Mas, a música eu conheci neste CAPS daqui, eu gostei muito da oficina de música, você pode pegar as músicas que você mais gosta e escrever no seu caderno e treinar e cantar, eu sempre esqueço esse caderno. Eu fiz algumas músicas lá e nessa oficina eu conheci o Ronaldo.

Quando eu vi ele tocando violão assim, aí eu me aproximei dele e falei: aí, eu quero cantar com você, posso cantar? Daí quem uniu a gente foi o André, na verdade que ele viu que a voz dele era tenor e a minha médio soprano e que combinava certinho. Aí começamos a cantar, aí ele foi me ensinando e eu fui memorizando as músicas para daí a gente cantar junto, porque eu decoro rápido as músicas, sou rápida para decorar música.

Eu conheci o Ronaldo lá no CAPS mesmo, em 2014, que eu estava lá estava lendo umas revistinhas, daí ele se aproximou, daí o que eu olhei ele e deu uma simpatia, eu nem sabia que ele era de câncer também e aí começamos a formar amizade, aí quem xingava ele eu protegia ele, eu falava: não ele é muito legal, não fala isso dele, porque ele é uma excelente pessoa, é um irmão para mim, é o irmão caçula que eu não tive.

Bom, aí surgiu a dupla e a gente negociou o nome e aí ficou Ronaldo e B. Keila. Keyla foi ele que me ajudou a escolher um nome que é o artístico de cantar e aí montamos uma dupla, Totalmente Loiras, e ficamos com ela dois anos e toda semana tinha ensaio e a gente cantava. E hoje a vida tá melhor, o CAPS está bacana e eu estou socializando melhor com as pessoas, porque era muito difícil, porque eu discordava tanto, que a gente nunca chegava em acordo, porque eu discordava tanto, depois eu aprendi.

Nossa! Tenho que concordar com alguma coisa, não ficar discordando o tempo todo, porque não dá para mim. O CAPS está legal assim, por que melhorar é com funcionários, mas, eu também acho que os pacientes poderiam opinar para colocar algumas atividades, fazer voltar o teatro, porque é difícil achar alguém para dar aula de teatro. Eu tenho vontade de voltar a estudar, mas, tem que achar o SESI né, onde ele está agora, porque eu não sei onde ele está.

Eu Só trabalhei em um brechó, trabalhei por conta, e esses dias procurei trabalho. Comecei em março a distribuir currículo, mas, ninguém chamou, foi bem difícil, fiz uma entrevista, mas, depois não me chamou, acho que encontraram alguém melhor, mas, eu nunca tive oportunidade de trabalhar registrado.

O trabalho no brechó era meio parado porque as pessoas não tem mais aquele gosto de usar coisas de brechó e dizem: aí, que coisa ultrapassada. O Brechó era meu com uma outra

mulher e eu ficava de ajudante, aí as coisas que eu levava o lucro a gente dividia pela metade, se a coisa custava catorze, ficava sete para ela e sete para mim, se custava cinco, dois e cinquenta ficava para ela e dois e cinquenta para mim. Eu fiquei nessa atividade três anos, mas, tinha vezes que ela não me pagava, ela me pagava dez por semana, tinha que pagar trinta, mas, me pagava só dez.

Coloquei um pouco de dinheiro no banco, mas, hoje eu não tenho renda, eu queria um trabalho, porque eu consigo trabalhar, fazer meu dinheiro. Eu tentei o benefício, mas, não consegui, foi bem difícil naquela época, porque eu sei ler e escrever, aí eles falavam assim que benefício é para gente cadeirante, para deficiente e eles falavam para mim que eu não precisava, foi bem difícil.

Eu falava: eu não sou louca não, eu sou normal, eu sou muito inteligente, o inglês entra aqui e não sai, eu não tenho dificuldade de aprender as coisas, eu sou uma pessoa capaz e bem inteligente, esperta.

Eu tomo medicação todo dia, é 300 mg, controla tudo, o dia inteiro e à noite eu durmo tranquilamente e foi melhorando cada vez mais, eu tomo medicação desde o CAPS Itavuvu, só que sempre foi mudando, que eles viram alguma coisa: ah! não está fazendo efeito, não está fazendo bem para o organismo, vamos trocar de remédio, o corpo não está aceitando, vamos trocar. Em 2014 eu fiquei no leito, porque eu tomei Haldol²⁴⁰ e era muito forte para meu corpo suportar, então eu não me mexia, eu começava a andar igual um robô, ficava na cama e não consegui andar, aí eles mudaram e acertou melhor, que é o que eu tomo hoje. Eu fiquei um mês e meio de internação no leito do CAPS, depois fiquei uma semana na Santa Casa e lá eu melhorei, essas são as minhas experiências de internação, fora isso só fui internada quando era criança para fazer cirurgia da perna, sem ser no CAPS, eu tinha uns três anos, nem lembro dessa cirurgia, eu era muito pequena.

Eu não fui para o Hospital Psiquiátrico essas coisas, hoje quando tomo os meus medicamentos eu me sinto melhor, tô tomando 300mg ainda, a mesma coisa está estável. Eu sempre me considerei normal, só que eu percebia que eu era diferente, eu gostava de brincar nos brinquedos onde eu estudei, lá no Penso, que é do lado do Centro Esportivo e todos os brinquedos eu brincava ao contrário, eu subia o escorregador e descia a escadinha, ou, dava

²⁴⁰Haldol injetável, gotas ou comprimidos é indicado para psicoses crônicas, no tratamento de delírios, desconfiança, alucinações, confusão, agitação, temperamento agressivo, alterações do comportamento geral e no tratamento de movimentos incontrolados como tiques. Extraído do site: <https://www.bulario.com/haldol/>, com acesso em 22 de agosto de 2017.

impulso na balança, aí todo mundo perguntava: nossa! mas porque você não brinca como todo mundo? Daí eu falava: porque eu não sou todo mundo e é assim que eu gosto de brincar.

Aí eu ia lá e brincava do meu jeito, porque brincar do jeito normal para mim não tinha graça, eu gostava, como o Ronaldo, eu gosto de inovar, sempre gostei de inovar, fazer coisas diferentes, originais, nunca gostei de imitar ninguém. Então eu brincava diferente, porque eu gostava de brincar assim, até hoje eu faço algumas coisas diferentes também, tipo para representar, eu gostaria muito de fazer a vilã, porque a mocinha qualquer uma faz, é fácil fazer, agora o papel de vilão é mais trabalhoso.

Eu moro no mesmo lugar desde que nasci com minha mãe e os parentes. Os meus primos foram morar lá quando perderam a mãe um com onze, o outro com dois anos e a outra tinha nove, e eu era bem criança, também aí eu falei: nossa! vai vir mais criança para brincar comigo, então vai, só que minha prima não brincava comigo, então eu brincava mais com os meninos, então acho que isso ajudou a minha opção sexual, então daí foi mais difícil né, eu queria brincar com ela e ela não queria brincar comigo, ela preferia ficar chorando pelos cantos por causa de ter perdido a mãe e não brincava comigo.

Eu não entendi isso, eu brincava com meus primos, uma bonequinha brigava com a outra, brincava de bruxinha, de enfeitiçar o outro, pegava varinha e tirava os enfeites da sala, tipo assim, essas coisas que criança faz, minha infância foi boa, foi uma infância muito doce. Aí na adolescência eu fui ficando rebelde, porque toda adolescente é rebelde, mas, depois passou a fase e eu descobri o meu problema da opção sexual com vinte e três anos, porque daí eu descobri que eu gostava só de menina e aí, às vezes, eu ficava com raiva porque eu o povo não aceitava. Tinha gente que aceitava e outros não, os que conheciam mais a gente aceitava, agora as outras pessoas, os estranhos, já, não.

Parecia que era uma surpresa do mundo, olhavam como se não fosse uma coisa normal, só que eu também gostava de ser respeitada, porque antes de tudo eu sou um ser humano, é essa minha opinião. Com oito anos beijei uma priminha e eu beijei de língua, ela tinha cinco e eu incentivei o beijo, só que depois eu não tive mais contato com essa priminha, com essa menina, não sei se ela virou lésbica também, se ela casou, se é solteira, não sei nada dela, nem o rosto dela eu não sei mais. Depois, adulta, teve uma vizinha, mas, ela era muito bandida para mim, aí eu falei: ai, tô fora, não quero! Porque eu queria uma pessoa honesta e, quando eu conheci o M., fui me apaixonando por ele, sem saber, aí eu descobri: nossa! mudei,

mudei por causa de um cara, eu evitava tanto os caras na minha vida, aí um cara mudou minha vida.

Com o M. eu tive uma relação e aconteceu uma coisinha de nada que fez a gente se separar, aí quando a gente voltou, ficamos sete dias, aí depois ele ficou no hospital, mas, eu fiquei muito mal quando eu soube, o Ronaldo é testemunha que eu chorei muito, fiquei muito nervosa e fiquei pior quando soube da morte dele, foi mais trágico para mim ainda. O M. S. morreu porque ele ingeriu muitos remédios, a medicação dele cada pílula tinha 600 mg e ele tomou quarenta comprimidos e é muito, ficou até em coma, um corpo todo inchado, o corpo dele ficou inchadão no caixão, o rosto dele.

A turma falou que ele tomou o remédio com bebida, mas, a mãe disse que ele tomou só remédio, para mim importa o que a mãe falou, a mãe estava lá perto, e ele tinha problemas com o padrasto dele, eu percebi que ele estava, no velório e no enterro, ele estava com uma cara sínica, tipo sorrindo, que estava perdendo enteadado, e eu fiquei com raiva por dentro, mas, me segurei em respeito a ele. Eu amava tanto ele que eu não brigava, que eu vi uma vez só a pressão que ele teve, daí eu percebi a vida dele inteira ao ver aquilo, já sabia tudo dele, é como se soubesse tudo e eu entendo um pouco ele. Nunca tinha visto isso de remédio, foi a primeira vez.

No CAPS eu também bato papo, boto a conversa em dia, faço consulta com psiquiatra, a Doutora K., estou com ela desde 2014 e não mudou é a mesma pessoa e nossa relação é boa, com todo mundo no CAPS.

Eu já fui chamada de aberração, essas coisas, erro da natureza, e o Ronaldo também e eu fui obrigada a defender ele, foi só essa situação de preconceito que eu enfrentei e quando me xingavam, eu respondia com grosseria também, porque me dava uma raiva, que eu tinha que expor para fora, tinha que pôr a raiva para fora e quem me xingava era estranhos na rua, na praça. Na escola eu estava como criança normal lá ainda, lá eu não demonstrava minha opção, mas, nenhum preconceito atrapalha minha vida, eu não sofro com preconceito e tem pessoas no CAPS que reclamam de preconceito, eles levam preconceito por fazer CAPS, chamam: ai, essa pessoa aí é de CAPS, é psicopata, é louca, eu não vou me misturar com esse tipo de gente, aí eles ficam com depressão.

Só por uma diferença já dá o preconceito, mas, para mim todo mundo é igual, igual aos olhos de Deus e eu acredito em Deus é claro como todo mundo, minha relação com Deus é tipo de pai e filho e eu faço bastante oração, todo dia.

Então eu fui na CES²⁴¹ com meu namorado, que era o M., aí eu gostei de lá, mas, eu já tinha assistido uma reunião sem ele também, aí eu gostei muito de lá, agora não estou frequentando, quando não estou triste eu vou, porque às vezes eu fico triste lembrando dele, eu falo: não, não, estou legal para sair. Aí vão ficar perguntando porque eu estou chorando, aí eu prefiro ir quando está mais tranquilo e agora não estou frequentando porque o luto é recente, faz pouco tempo, desde o dia 13 de julho, sofri muito, eu amava muito ele, a gente ia casar, a gente estava quase noivo, aí ele foi enterrado com o fraque azul que ele ia casar comigo, isso quem me falou foi um primo dele que estava no enterro e frequenta o CAPS agora também.

Agora para o futuro eu penso em foco para minha carreira que é o que me restou agora, minha carreira de cantora, de desenhista, faço histórias em quadrinhos também, eu peço muito para o Ronaldo me ajudar, aí um ajuda o outro e não tem pessoa que eu mais confio do que nele, confio muito nele, e eu tenho materiais para fazer meus desenhos, lápis borracha, caneta, apontador, papéis, folha sulfite, e essas coisas eu ganho, os amigos dão.

No CAPS tem também e às vezes eu pego de lá, caderno de desenho, e gosto de fazer a primeira coisa que vem à mente, tipo, se eu ver duas pessoas brigando, desenho duas pessoas brigando ou se estão abraçados, eu olho aquilo ali, estão abraçados e vou copiar tudo assim, e quando estou desenhando me sinto bem, uma pessoa viva, viva de verdade, cantando também e eu sinto cantando para as outras pessoas que é como expulsar o mal da gente mesmo, faz muito bem para a gente.

Eu já tentei me matar uma vez com remédio, com vinte e sete anos eu ingeri um monte de comprimidos, tinha de urina e outras medicações, só que em vez de entrar em coma, como eu estava querendo, só doeu a minha barriga, eu vomitava tudo, aí teve que fazer um soro caseiro, porque remédio não adiantava, eu vomitava tudo, aí só com soro caseiro sarou.

Eu tentei me matar porque eu tinha muita raiva de ser pobre, de não conseguir nada, eu via todas as pessoas, filhinho de papai, filhinho de mamãe, conseguindo tudo que queria, tipo ir na Disney World e viajar de país e eu não e daí muita raiva e daí eu quis ingerir o remédio e acabar com tudo, só que naquela época eu não eu não era conhecedora da palavra que se suicidar é pecado, além de ser uma coisa ruim, é pecado para Deus.

E foi uns dez dias tomando soro, depois nunca mais tentei. Me explicaram: você não pode fazer isso. Aí eu comecei a fazer CAPS desde 2009. Eu tinha também uma mente meio

²⁴¹ CES – Catedral Evangélica de Sorocaba

infantil, depois que eu conheci o Marquinhos eu fui ficando amadurecida, fui amadurecendo a mente, além de ficar com a opção certa, que eu tinha que gostar de homem na verdade, daí a minha mente amadureceu também, o amor curou e o remédio ajudou, porque eu acredito que o remédio ajuda no sistema nervoso, agora nos sentimentos o que muda é o amor para mim, é isso, você amadurecer.

Fora o tratamento com os remédios tem terapia em grupo que a gente conversa tudo e põe para fora, a música é uma forma de terapia, o desenho também é uma terapia, a caminhada para mim também é uma terapia, tudo que eu faço lá é terapia.

O exemplo que eu dou para as pessoas é defender as pessoas, eu digo para quem nunca experimentou o amor eu digo que foi uma experiência boa para mim, totalmente nova, a Laura é a mesma Laura de antes, só que mudou um pouquinho, ela mudou as atitudes porque eu prometi para mim mesma estar sempre melhor.

A Laura é uma moça confiável e amiga, a mensagem que eu deixo é a mesma, é o amor, porque o amor muda tudo e eu falo de todo tipo de amor em geral, para mim amor é tudo em geral, amor de mãe, amor de filho, amor de irmão, o amor por um bichinho de estimação, tudo isso eu tive também. Eu diria para os companheiros do CAPS buscar sempre lutar, lutar pela vida.

Eu gostaria de ter uma oportunidade de trabalho, eu começaria como garçonzete se fosse numa lanchonete, para mim seria bom ter um dinheiro e hoje eu não tenho fonte de renda e eu tenho que me virar vendendo minhas coisas, já vendi bastante, coisas da minha infância, estou vendendo alguns livros também, eu me viro, eu dou um jeitinho, mas, sempre um jeitinho honesto.

No CAPS tem muitos amigos, meu melhor amigo no CAPS é o Ronaldo, que ele é o que mais me compreende lá, me entende se eu estou triste, se eu estou feliz, ele tá comigo na alegria e na tristeza, na saúde, na doença, mais do que gente casada, eu não imaginava que tinha outras pessoas que passavam por isso, quando eu descobri o meu problema, nas terapias eu ficava só ouvindo, eu não falava nada, eu ficava pensando assim: nossa, o meu problema é fchinha perto de fulano de tal, de ciclano, foi uma surpresa para mim na verdade, tem muitas pessoas por aí que tem problemas e não querem admitir, não assumem, falam: ai, não eu não sou louco, eu não vou fazer nada não. E rasga o papel, passa pela negação igual eu passei, porque a negação é o primeiro sintoma

A pessoa nega que tem, eu neguei até 2011, daí em 2011 eu já estava aceitando melhor, eu tenho muito medo de recaídas, porque pode acontecer coisa pior, eu piorar e eu não quero piorar, eu quero melhorar e eu preciso dos meus amigos para ficar melhor, porque uma pessoa sozinha não é feliz, se eu não estou no CAPS eu me sinto sozinha, porque os amigos da escola todos passaram de ano e eu nunca mais tive contato.

Perto da minha casa eu não fiz amigos com os vizinhos e se eu não for no CAPS eu fico sozinha, os amigos que eu tenho são do CAPS, fora eles, não tem nenhum. Fora Sorocaba eu só conheço Votorantim, só Votorantim mesmo, hoje fui no passeio no SESC, mas, eu já conhecia, em Sorocaba mesmo, e o passeio foi bom, foi igual, porque eu já conhecia o SESC, a única coisa diferente é que não tinha apresentação hoje para a gente assistir teatro, teatro mesmo é no dia certo.

Então, a N. eu achei ela é igualzinha a minha amiga da terceira série, que ela era a moreninha e era alta também, ela se chamava Érica, aí tinha duas lésbicas, uma Érica gordinha e uma Érica magrinha, moreninha escura, e ela lembrava a É., moreninha escura, ela ficou minha confidente também, do meu amor e do M., foi muito legal, ela frequenta o CAPS.

O passeio foi com a turma do CAPS, foram dez pessoas e nós chegamos lá de ônibus, pega o ônibus todo mundo e vai e volta e eu sempre faço isso com a turma, sempre que tem esses passeios, essa interatividade. Passear também é uma terapia para mim, o CAPS é um lugar importante para mim, sempre que comentavam que ia fechar o CAPS eu me desesperava: nossa, como eu vou ficar sem remédio meu Deus, eu vou ficar sem meus amigos, eu não quero que feche não. Eu chorei muito, aí não fechou mesmo, continua lá, eu me sinto feliz ali, para mim faz bem e se não existisse CAPS eu já teria me matado há muito tempo e não conheceria o Ronaldo nem o M., lógico, porque eles eu conheci lá.

Pessoas do CAPS também são importantes para mim, tem duas que trabalham lá desde a Itavuvu, a M. e a E. Para quem pensa em se matar primeiro procure um CAPS na sua cidade, antes que seja tarde.