

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA**

ANA CAROLINA MARTINS DE SOUZA FELIPPE VALENTIM

Outros muros, o manicômio ainda:

Narrativas de uma rede à sombra das conquistas antimanicomiais

SÃO PAULO

2023

ANA CAROLINA MARTINS DE SOUZA FELIPPE VALENTIM

Orientação: Prof.^a Dr.^a Ianni Regia Scarcelli

SÃO PAULO

2023

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Ana Carolina Martins de Souza Felipe Valentim

Outros muros, o manicômio ainda:

Narrativas de uma rede à sombra das conquistas antimanicomiais

Tese de doutorado apresentada ao Instituto de
Psicologia da Universidade de São Paulo –
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
Social

Orientadora

Prof.^a Dr.^a Ianni Regia Scarcelli – USP

São Paulo

2023

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

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
Dados fornecidos pela autora

Valentim, Ana Carolina Martins de Souza Felipe

Outros muros, o manicômio ainda: Narrativas de uma rede à sombra das
conquistas antimanicômias / Ana Carolina Martins de Souza Felipe Valentim;
orientadora Ianni Regia Scarcelli. -- São Paulo, 2023.

229 f.

Tese (Doutorado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social) -- Instituto
de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2023.

1. Luta Antimanicomial. 2. Ministério Público. 3. Manicômios. 4. Narrativa. 5.
Psicologia Social. I. Scarcelli, Ianni Regia, orient. II. Título.

Folha de avaliação

Valentim ACMSF. Outros muros, o manicômio ainda: Narrativas de uma rede à sombra das conquistas antimanicomiais. Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Psicologia Social.

Aprovado em: ___/___/2023.

Banca Examinadora

Prof.^(a) Dr.^(a) Ianni Regia Scarcelli

Instituição: Universidade de São Paulo Julgamento: _____

Prof.^(a) Dr.^(a) _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

Prof.^(a) Dr.^(a) _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

Prof.^(a) Dr.^(a) _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

Prof.^(a) Dr.^(a) _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

Dedicatória

Dedico à minha mãe, Julia, e aos meus filhos, Francisco e Caetano, pela transmissão contínua.

Dedico a meu companheiro na vida, Gustavo, pela alegre caminhada.

Dedico a quem encontrei por trás dos muros vários, cujos nomes eu me lembro, pela luta que segue.

Agradecimentos

Momento de agradecer. Porque o caminho sempre se faz com. Assim, agradeço...

À minha mãe, Julia, por ser fonte de amor e inspiração. Pelo modelo de devoção à ciência e à liberdade. Por transmitir o possível entre escolher-ser mulher. Por nunca camuflar o preço das renúncias. Por cada crítica. Por cada abraço amoroso e olhar terno. Pela transmissão de que sempre vale o bem.

Ao meu amor da vida, Gustavo. Por cada porvir novo desde sempre. Por cada sonho esperançado, entre vividos e utópicos. Pela nossa cumplicidade e bom humor. Por ser a voz de parceria horizontal que buscamos construir no e para o mundo.

A Francisco pelo ser humano justo e delicado que se constitui desde o parto em que nascemos juntos. Por ser pensante e inconformado e fazer perguntas persistentes e imprescindíveis. Por cada gesto de respeito que dirigiu ao meu trabalho este tempo de sua vida dizendo “mesmo que eu não entenda direito”. Pelo olhar de admiração, tão mútuo.

A Caetano pela indignação com o mundo desalinhado que habitamos, pela força com a qual questiona e transforma os lugares pelos quais passa. Pela sua generosidade amigável e vasta. Pelo humor irreverente de gente inteligente que acontece. Pelo ensinamento cotidiano de que a intensidade é essencial. Pelos carinhos e abraços sempre tão humanos.

À minha orientadora Ianni Scarcelli, pela abrangência de saberes, pelo elo rigor-ousadia, pelas indagações infinitas como método, pela ciência como tarefa, pela lucidez recheada mais de perguntas que de certezas, desconfiando das verdades que aprisionam. Pela parceria franca e profunda. Pela luta cotidiana, conosco.

Ao grupo de pesquisa, nas diversas configurações presentes nesses anos. Pela malha tecida juntas e juntos que conferiu a continência necessária a cada passo de pesquisa-vida. À Mariana Rivera pelo aparceiramento leal de conversa, escrita e pensamento, pelas leituras atentas, pelas trocas ponderadas e pelo carinho, sempre presente. À Nayara pela honestidade generosa de pensamento crítico e atento. À Tati, por sulear os caminhos. Ao Gustavo, pelas trocas genuinamente sensíveis. À Aline por ser exemplo de dedicação ao estudo e à docência. À Kate por transmitir equilíbrio e possibilidade. À Cris Freire pelo encontro de diálogo. Ao companheiro Gregório Kazi por ser sabedoria e afetuosidade. A Fernanda, Paula, Josi, Mylena e demais parceiros nessa empreitada.

À Henriette Morato, por muito desde 2003. Pelos afetos. Pela clínica. Pela escuta e sua transmissão. Pela autenticidade. Pela pesquisa-coragem. Também pelas contribuições abundantes na banca de qualificação que convidou ao doutorado.

À Simone Ramalho, pela leitura aprofundada e pelo diálogo precioso nas bancas de qualificação. Pela potência transformadora de sua escrita. Pelos caminhos oferecidos.

Ao Professor Luís Galeão pelas questões provocadoras na banca de qualificação do doutorado.

À Professora Eliane Costa pela inteligência e generosidade na travessia.

Ao Laboratório de Estudos em Psicanálise e Psicologia Social (LAPSO) e à professora Maria Inês Fernandes.

Aos assistentes sociais essenciais que adentraram as cidades da grande São Paulo: Alessandro Mafra, parceiro na invenção de um fazer, Bruna Clea, amiga, cujas risadas e bondade bem sabe distribuir.

Aos amigos Luciano Bregalanti (sempre presente), Guilherme Fenerich. Às amigas Carla Fraga, Ana Célia Cruz. Pelo aprendizado imensurável. Representando nominalmente aqui tantos queridos e queridas que fizeram história no NAT-MPSP – e continuam a fazer.

Às queridas chefes, em ordem: Isabel Arruda, Liliana Delfino, Julia Hage, pela coragem singular na tarefa de ourivesaria desse fazer de grupo.

À Dra. Maria Carolina Antonaccio, ao Dr. Yuri Castiglioni, à Dra. Natalie Anchite, que representam meu respeito e admiração pelo ofício de promotor de justiça.

Aos servidores do Ministério Público SP, representados aqui por Sonia Maria, oficial de promotoria, e Daniel (Dani Joe), motorista que nos acompanhou nas jornadas.

À minha amiga querida Larissa Ornelas, que desde que a conheci é parceira das aventuras mais divertidas e memoráveis, de Vancouver ao Ministério Público de São Paulo. Pessoa que ri e chora com entrega única; profissional admirável, acho que desde que nasceu. Também pela leitura crítica e sugestões bem-vindas.

À amiga Cássia Gimenes, minha “marida”, pela inspiração de confiança, sensatez, força e cuidado. Quando ela fala, eu escuto. A ela, cujo olhar carinhoso inspirou minha andança primeira desta pesquisa, quando me autorizou, sem saber, a falar sobre as coisas que aqui usei percorrer.

Ao meu amigo André Nader, cuja inteligência para pensar e comunicar pensamento não há igual; ainda que seja pela palavra seu brilho, o coração é onde habita sua maior preciosidade. Também pela leitura comprometida com esse trabalho.

À minha amiga Fernanda Sato, que sagitarianamente divide as lentes alegres e vibrantes dos óculos do mundo.

Às irmãs Gisele Cinira e Débora Caroline, pela família que costuramos juntas.

À amiga da vida, desde pequenas, Samara Teixeira, pelo lado a lado leal.

À amiga Debora Albiero, pelo sonho compartilhado em parceria legítima.

À amiga Juliana Wallauer pelas caminhadas.

Aos amigos Lucas e Natalia Lima, pelo abeiramento tão afetivo.

Aos amigos Raoni, Marcelo Ferretti e Clarissa Mota, pelas pontuais e valiosas trocas.

A meus padrinhos Thyerso e Anita e meus primos irmãos Donata e Gabriel, pelo enlace-base.

A meus sogros, Rosa e Irany, pelo suporte repleto de amor.

A Ana Paula Pires, analista de tantos anos, pelos rastros clínicos inscritos.

A Ana Cecília Magtaz, minha analista hoje, pela travessia da possibilidade de escrita e de vida.

Aos mestres pelo caminho: Adriana Marcondes, Zeca Moura, Christian Dunker, Ecléa Bosi.

A Luís Rossi, por abrir caminhos de confiança e construção.

À Valdete Dos Santos (Nanã) que acompanha minha família com humor e parceria há tanto tempo.

Aos meus afilhadinhos, Mariah, Tomé, Pérola... pela vida incandescente.

Ao Departamento de Psicologia Social e do Trabalho e ao Instituto de Psicologia da USP. A Teresa, Nalva, Rosângela e Selma, pelo apoio essencial.

A CAPES, pelo financiamento desta pesquisa desde setembro de 2019.

A José Yoshitake, pela revisão implicada e humana.

Àqueles que cruzaram meu caminho de olho no olho e que aqui não estão nomeados, mas sabem de sua importância.

Começo com minha mãe, termino agradecendo a meu pai, pelos presentes que são minhas irmãs Lina e Sarah, e pelo que pôde, à sua maneira...

RESUMO

A Reforma Psiquiátrica Brasileira, sustentada pela produção e pelas conquistas do movimento de Luta Antimanicomial, tem possibilitado mudanças de paradigmas críticos à psiquiatria clássica e atua na ampliação de leis, políticas e serviços públicos comunitários de atenção em saúde mental como modo de substituir a estrutura manicomial ainda vigente, mesmo após o processo de desinstitucionalização dos hospitais psiquiátricos. Esta pesquisa emerge da experiência da pesquisadora-trabalhadora no Ministério Público de São Paulo (entre os anos 2013 e 2018) — órgão cuja missão constitucional está vinculada à garantia de direitos — ao se deparar com diversas realidades que envolviam internações nos moldes dos hospícios em instituições/serviços que não eram parte da Política Nacional de Saúde Mental, ou encontravam desvios de rota de funcionamento, compondo um ‘mosaico manicomial’ à sombra dos êxitos advindos da Reforma Psiquiátrica. Tem-se como objetivo dar a ver os manicômios existentes por detrás de outros muros não definidores da instituição psiquiátrica e, a partir disso, refletir sobre as pistas e as pontes possíveis para agregar novas compreensões a essa realidade. O trabalho desenvolveu-se inicialmente pela produção de registros de memória apresentados como narrativas. Está estruturado em três partes, de modo a apresentar: 1) o caminho de pesquisa, 2) as narrativas, 3) as tessituras que refletem a percepção do fenômeno — prioritariamente pautado no não alcance de projeto de cidadania, da dignidade e da política de atenção em saúde em liberdade. Isso nos permite reflexionar sobre a persistência das forças manicomiais que atuam ainda insistentemente no campo do cuidado e da atenção em saúde mental e, conseqüentemente, se estendem para outras dimensões e territórios do campo social. Refletimos que o manicômio prospera onde não pode ser reconhecido como tal, em quaisquer configurações disponíveis nos territórios, e não em uma natureza institucional privilegiada, ainda que ocupem lugar de destaque as Comunidades Terapêuticas, sobretudo na internação de adolescentes. Concluimos, momentaneamente, para o enfrentamento contínuo e permanente, que os diálogos sigam a incluir debates complexos em que questões de raça, gênero, classe e idade sejam protagonistas, considerando a territorialidade brasileira e o sistema de opressões que atravessa sua história e constituição, para, então, caminharmos rumo ao ideal de reinvenção de vida, lutando por uma sociedade sem manicômios, independentemente de suas roupagens.

Palavras-chave: Luta Antimanicomial; Ministério Público; Manicômios; Narrativa; Psicologia Social.

ABSTRACT

The Brazilian Psychiatric Reform, sustained by Anti-asylum Fight's production and achievements, has enabled paradigm shifts critical to classic psychiatry and the expansion of laws, policies and community public services for mental health care as a way to replace the asylum structure still present, even after the process of deinstitutionalization of psychiatric hospitals. This research emerges from the researcher-worker's experience at the Public Ministry of São Paulo (between 2013 and 2018) — institution whose constitutional mission is linked to the guarantee of human rights — when coming upon several realities which involved hospitalization along the lines of the asylums in institutions/services that were not part of the National Mental Health Policy, or else deviations from the operating route, composing an 'asylum mosaic' in the shadow of the successes arising from the Psychiatric Reform. The objective is to bring to light the mental hospitals that exist behind other non-defining walls of the psychiatric institution and, from this, to reflect on the possible traces and bridges to aggregate new understandings to this reality. The work was developed initially by the production of memory records presented as narratives. It is structured in three parts, in order to present: 1) the research path, 2) the narratives, 3) the weaving which reflects the perception of the phenomenon — primarily regulated by the non-achievement of the project of citizenship, dignity and health care policy in freedom. This allows us to reflect on the persistence of asylum forces that still insistently act in the field of care and attention in mental health and, consequently, extend to other dimensions and territories of the social field. We reflect that the asylum thrives where it cannot be recognized as such, in any available configurations in the territories, and not in a privileged institutional nature, even though the Therapeutic Communities occupy a prominent place, especially in the adolescents' hospitalization. We conclude, momentarily, for the continuous and permanent confrontation, that the dialogues keep including complex debates in which questions of race, gender, class and age are protagonists, considering the Brazilian territoriality and the system of oppressions that crosses its history and constitution, so that, then, we can tread towards the ideal of reinventing life, fighting for a society without asylums, regardless of its guise.

Keywords: Anti-asylum Fight; Public Ministry; Asylums; Narrative; Social Psychology.

Sumário

Para tornar-me presente.....	15
PARTE 1: A narrativa e o sentido.....	19
Lagoa.....	19
Sobre a escolha de narrar: Afeto, reconciliação, transmissão	25
Sobre o processo de narrar – Memória: sombra, trabalho, vir a ser	28
Sobre narrativas: das miudezas essenciais	32
PARTE 2: Imersão: mergulhando nas narrativas.....	36
Narrativa 1. O Hospício logo ali... em nós	36
Narrativa 2. Uma menina e uma jaula: na jaula, a menina.....	38
Narrativa 3. “Aqui é onde o diabo perdeu as botas”	41
Narrativa 4. O inusitado que não surpreendeu	53
Narrativa 5. Mais uma comunidade murada	54
Narrativa 6. Um lugar de mulheres reclusas	65
Narrativa 7. Des-assistir para custodiar.....	77
Narrativa 8. Quando me voluntario para o involuntário	79
PARTE 3: Emersão: retornando à superfície	88
Capítulo 1. Contextos de Encontros e Desencontros	88
Capítulo 2. Pelas janelas do Ministério Público do estado de São Paulo: o Núcleo de Assessoria Técnica Psicossocial e a psicóloga-pesquisadora.....	96
2.1 O fazer da Psicologia – um lugar possível	100
2.2 Um trabalho possível no campo da Saúde Mental	102
2.3 Ministério Público, Direitos Humanos e Dignidade	105
2.4 Justiça, Lei: da obediência aos levantes	108
Capítulo 3. Das lentes: O Movimento da Luta Antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica no Brasil .	112
3.1 Entre os avanços e o ir adiante.....	116
3.2 “Leitos” como desafio de debate.....	119
3.3 Impedimento de diálogo como risco	125
Capítulo 4. Loucura, segregação, manicômios: das naus europeias às comunidades terapêuticas no Brasil	131
4.1 Partindo com as naus de Foucault	131
4.2 Reflexões que considerem a colonialidade para pensarmos Brasil	136
4.3 Loucura e Justiça – breves reflexões	140
4.4 Situando noções de saúde e exclusão	142
Capítulo 5. Entre pontes e pistas: As narrativas e o que nos dão a pensar.....	146
5.1 Estabelecendo comuns – o manicomial como presença em outras arestas	150
5.2 Das clínicas irregulares: o descaso legitimado.....	155
5.3 As instituições para idosos, longas moradas de velhos e jovens.....	158

5.4 Comunidades Terapêuticas: particularidades	166
5.4.1.O Conto do Voluntariado	173
5.4.2. A internação de Adolescentes	176
5.4.3. Só para lembrar dos transtornos	181
5.5 Das grandes instituições de internação para pessoas com deficiência	182
5.6 Clínica privada: mulheres, classe e loucura	190
5.7 A Tutela como prioridade	200
5.8 O Manicomial a serviço do racismo no Brasil – tantas pistas.....	209
5.9 Um último lampejo: o manicômio prospera.....	216
Considerações finais (que possam se abrir outros começos)	218
Referências	222

Lista de Abreviaturas e Siglas

AA	Alcoólicos Anônimos
ABRASME	Associação Brasileira de Saúde Mental
ATP	Ala de Tratamento Psiquiátrico
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas
CAPSij	Centro de Atenção Psicossocial – Infância e Juventude
CF 88	Constituição Federal de 1988
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CMDCA	Conselho Municipal da Criança e do Adolescente
CONAD	Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
CREMESP	Conselho Regional de Medicina São Paulo
CRM	Conselho Regional de Medicina
CRP	Conselho Regional de Psicologia
CT	Comunidade Terapêutica
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ECTP	Estabelecimento de Custódia e Tratamento Psiquiátrico
FEBRACT	Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas
HCTP	Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico
HRW	Human Rights Watch
ILPI	Instituição de Longa Permanência para Idosos
MLA	Movimento da Luta Antimanicomial
MNPCT	Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura
MPF	Ministério Público Federal
MPSP	Ministério Público de São Paulo
MTSM	Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
NA	Narcóticos Anônimos
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
NAT-MPSP	Núcleo de Assessoria Técnica Psicossocial – Ministério Público de São Paulo

OAB	Ordem dos Advogados do Brasil
OAPS/CDV	Observatório de Análise Política em Saúde/ Centro de Documentação Virtual
PFDC/MPF	Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão do Ministério Público Federal
PNSM	Política Nacional de Saúde Mental
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RP	Reforma Psiquiátrica
SAICA	Serviços de Acolhimento Institucional a Crianças e Adolescentes
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAP	Secretaria da Administração Penitenciária
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas e Gestão de Ativos
SISNAD	Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
UA	Unidade de Acolhimento
UBS	Unidade Básica de Saúde

Para tornar-me presente...

Primeiro, a relação com a Universidade.

A experiência desta escrita ao longo da estrada me apresentou uma “eu mesma” bastante estranha a mim. Nestas páginas entrei em contato com uma pessoa ávida pela escrita e pela vida própria que se impõe na sua nascença. Ao mesmo tempo, vi-me amedrontada pela ideia de expor-me em palavras, pensamentos e afetos e na partilha disto tudo com outros que poderiam vir a ser tocados por algo que aqui se ancora.

Por muito tempo, a Universidade mobilizou um distanciamento assustado, o que ela representava, as formas como se apresentava. Suas vestes pareciam não cair bem em meu corpo como um todo — sentimentos que também experimentei na graduação de maneiras outras. Os diversos estereótipos internalizados me causavam mais afastamento do que desejo de aproximação. Igualar-me era impossível e, assim, sentia-me impotente. Todavia, inquieta por demais, com tantas questões que a prática cotidiana suscitava, tive a oportunidade de encontros que despertaram em mim o fio de coragem necessário para a chance de experimentar um avizinhamento. A Universidade emergiu novamente com possibilidades plurais pela tarefa de rigor entre pesquisa e ação com transmissões vindouras.

Se esse universo era, pela novidade, tão vasto, pareceu-me cabível se diverso; portanto, possível. Assim, o barulho rotineiro que me acompanhava a cada atuação podia adentrar outro espaço de elaboração e a pesquisa habitou sentidos inéditos e fundamentais. As portas abertas na orientação pelo ser abrangente que é minha orientadora e o suporte colorido trazido pelo grupo possibilitaram esta pesquisa como morada. Ainda que desafiadora, não mais aterrorizante.

Depois, a oportunidade singular de me deparar com uma banca examinadora na qualificação de um mestrado que se transmutou para um doutorado direto pelo olhar precioso e cuidadoso que encorajou a ampliação do caminho de pesquisa, de forma generosa e potente.

A percepção de uma contribuição relevante, não “a”, mas “uma”, o suficiente. Mais um passo no mundo possível de pertencimento.

Mais próxima de momentos finais com essa pesquisa, quando as faíscas de medo voltaram a ameaçar um incêndio, novas palavras de Jeanne Marie Gagnebin sobre o processo de escrita me encontraram. Em seu “Prólogo: Escrita, Morte, Transmissão” (2014), percorre relações com a escrita, o sofrimento que ela produz e a tarefa de desfazer os nós que podem

paralisá-la. Levanta as conhecidas hipóteses sobre o julgamento da banca ou de colegas, a preocupação com a produção apenas de trivialidades, para logo em seguida apostar que escrita advém de uma consciência de morte, pois “se fossemos imortais, não precisaríamos escrever — e, portanto, quando escrevemos, lembramos, mesmo à nossa revelia, que morremos.” (GAGNEBIN, 2014, p. 14)

Ela segue, lembra que escrita se faz no entre a presença e a ausência, como “rastro”. A escrita, assim, não serve a imortalizar-nos: “ela talvez possa lembrar um gesto que esboçamos – o qual, no melhor dos casos, será retomado e transformado por outrem.” (GAGNEBIN, 2014, p. 24). As palavras de Gagnebin deram contorno possível à tarefa, conferiram significado justo ao processo. A ameaça final de fogo, então, não tomou proporções de alastramento.

Então, a relação com este objeto de pesquisa.

Este trabalho trata de ações vinculadas a uma atuação que se iniciou em desaviso dos afetos que iria despertar. A partir de uma inserção institucional, passei a visitar lugares que faziam emergir sensações a cada passo, a cada olhar, a cada conversa, a cada percepção. Experiências que faziam ruídos internos. Percebia que as inquietações mais significativas e insistentes estavam atreladas às experiências de contato com espaços onde havia pessoas encerradas, tanto por muros quanto por lógicas. À época, percebia que o incômodo tangenciava uma noção de liberdade, como uma questão vital, ainda que confusa quanto ao que isso representava.

Angustuada pela segregação, pela distância das referências afetivas, pelo abandono das histórias, pela ausência das escolhas e seus sentidos, pela compreensão de que as pessoas não eram concebidas como pessoas num sentido pleno de existir, ainda que, novamente, incerta das formas de significação. Aflita pelas contradições de expectativa da realidade e pelas condições de vida encontradas. A cada visita, um embrulho no estômago, uma desorientação de caminhos. Algo cercando ausência de dignidade.

Em alguns anos consegui nomear. Aquilo que inquietava incessantemente eram os manicômios diversos que estavam espalhados pelo caminho cotidiano. Não aqueles que podiam ser fotografados como institutos, como clínicas, como edificação, não as clássicas instituições identificadas como alagozes históricos, pois estes estavam em foco e se encontravam em processo de banimento graças a conquistas de extrema relevância. Mas ainda manicômios-relações, manicômios-concepções sob fachadas de serviços outros, porque ainda resguardavam vidas administradas de formas nada sutis.

É assim que, nesta pesquisa, partilharei parte dessa experiência pelo trabalho de memória registrado em narrativas, que resgatei de um endereço onde guardo muitas delas, tais bastante estrondosas. É preciso, pois, conferir-lhes lugar fora de mim, é preciso que o barulho de dentro ecoe, e — quem sabe — haja vento suficiente para que espalhe e reverbere noutros cantos, noutros seres. E — por que não? — seja soprado para mim, novamente, de outro jeito.

A pesquisa e os contextos de vida.

Foram quase 6 anos de caminhada, numa jornada em que se articulavam trabalho-pesquisa-vida. Mãe de dois meninos incríveis que dividiram minha atenção com esse fazer laborioso e precioso; enquanto cresciam, aqui se desenvolvia também. Companheira de um companheiro amoroso e atento, que, de mãos dadas, seguiu, escutou, suportou. Uma pandemia que assolava a todos nós, realidade na qual me encontrei pesquisadora encerrada a repensar os encerramentos que descrevia — que, ainda com inúmeros privilégios (como mulher, branca), se aproximou de uma sensação óbvia: a reclusão, o isolamento social nunca produz saúde.

A pesquisa também atravessa um período de governo federal (meados de 2017 a 2022) que rompe com uma conjuntura política antes pautada pela perspectiva de diálogo na direção de um projeto que buscava o fim dos manicômios, contexto no qual fora pensada, forjada. Emergem então desafios outros com essa guinada, já que os avanços conquistados até então adentraram um campo de risco por estratégias contrárias ao que vinha sendo construído no âmbito das políticas em saúde mental.

O fazer de pesquisa foi acompanhado, então, por um receio antes ausente: do risco de pensar criticamente as conquistas num tempo em que defendê-las com esforços imensuráveis era tarefa imprescindível. Todavia, o receio de criticar também se fazia perigoso — em qualquer tempo —, então seguimos.

Por fim, a pesquisa.

O que se segue nestas páginas perpassa o horror presenciado atravessado pelas reflexões sobre o que permite esse tipo de produção, que não fala de uma experiência isolada, rara, única, mas sim revela, como emergente, uma organização social. Foi preciso compreender, entre esta e tantas outras vivências que serão partilhadas, que as formas de atenção e cuidado em saúde mental também se debatem com ações cotidianas de práticas que envolvem “des-atenção” e “des-cuidado”, apesar dos avanços e conquistas de uma luta que tensiona a existência do manicômio como emblema, não apenas como muros, e que está em disputa no campo das políticas públicas como metáfora da disputa de concepção de sociedade que buscamos.

Trataremos da realidade de institucionalizações que continuam a acontecer sistematicamente em serviços de diversas naturezas de acordo com a disponibilidade dos recursos asilares em cada território — utilizados como dispositivos numa perspectiva de cuidado tutelado, murado, e, portanto, ainda manicomial, mesmo que sob a justificativa de cuidado.

Pretendemos pensar sobre tal repetição/insistência, que encontra seu caminho nas frestas de um cenário de conquistas extremamente relevantes, por meio de configurações aparentemente distintas entre si, mas que acabam por cumprir a função manicomial de cerceamento de liberdade e desassistência. De repente, a percepção de que o manicômio acontece nos espaços onde não se proibiu sua existência.

O objetivo desse trabalho é debruçar-se sobre os manicômios por detrás de outros e diversos muros que persistem pelas frestas possíveis, apesar de um cenário de êxitos antimanicomiais que experimentamos em grande escala. A partir disso, refletir sobre as pistas e pontes possíveis a partir dessa realidade.

PARTE 1: A narrativa e o sentido

Antes de navegar entre pistas e pontes no debruçar sobre os muros persistentes dos manicômios, uma explicitação é necessária: sobre a presente relação “eu-nós”.

Ainda que entendamos que uma pesquisa nunca se faz apenas com “eu”, pois ela é sempre “nós”, entendemos que seja imprescindível justificar aqui a alternância entre a primeira e a terceira pessoa, que se apresentam por um propósito no curso do texto.

A pesquisa é “nós” nas relações profundas com a orientadora, com o grupo de orientação, nas conversas laterais provocativas. É “nós” na troca substancial com cada autor ou autora que dialoga com o próprio pensamento da pesquisadora. Em certa medida, ela é “nós” desde que habitamos o mundo, porque somos relação desde sempre.

Todavia, por vezes, serei “eu”: nos momentos da partilha da experiência como trabalhadora-testemunha dos conteúdos narrados ou algumas lembranças outras que se façam presentes no transcorrer da escrita para os fins dessa pesquisa. Em alguns registros de memórias, também somos “nós”, por vezes, pois o ofício das visitas e desdobramentos eram com outras e outros.

Assim, sentir-me-ei livre para transitar entre “eu-nós-experiência” e “nós-trajeto de pesquisa”.

Lagoa

Sobre a beleza o meu pai também explicava: só existe a beleza que se diz. Só existe a beleza se existir interlocutor. A beleza da lagoa é sempre alguém. Porque a beleza da lagoa só acontece porque a posso partilhar. Se não houver ninguém, nem a necessidade de encontrar a beleza existe nem a lagoa será bela. A beleza é sempre alguém, no sentido em que ela se concretiza apenas pela expectativa da reunião com o outro.

[...]

Todas as lagoas do mundo dependem de sermos ao menos dois. Para que um veja e o outro ouça. Sem um diálogo não há beleza e não há lagoa. A esperança na humanidade, talvez por ingênua convicção, está na crença de que o indivíduo a quem se peça que ouça o faça por confiança.¹

¹ MÃE, Valter Hugo. *A Desumanização*. 2a. ed. São Paulo: Biblioteca Azul, 2017, p. 40.

Assim diz o escritor português Valter Hugo Mãe em seu livro “A Desumanização”, que dentre o tanto que o habita, fala sobre experiência de luto, de uma forma delicada e profunda, abre aos afetos, pela capacidade singular de convidar a leitura porosa, permeável. E por que um convite literário? Além do óbvio desejo de partilha do belo, por duas justificativas fundamentais à pesquisa que se apresenta: porque é preciso um com outro para que algo exista e porque é preciso afeto para mobilizar.

Esta pesquisa nasce da necessidade de que tantas realidades tenham existência reconhecida e que, a partir do que afetem, possam promover novos gestares. Assim, a pesquisa também é lagoa, numa composição diferente da anterior: sofrimento e lagoa, pois, parafrazeando Valter Hugo Mãe, sem diálogo não há sofrimento e não há lagoa. Brotada pela urgência de denúncia, que pela estética² da experiência³ convida a resistir (existir), a pesquisa se faz convite ao levante de pensarmos juntas e juntos, para isso a Universidade se fez caminho de construção.

Por alguns anos, como psicóloga do Ministério Público de SP⁴, muitas portas abriram-se para que eu pudesse adentrar realidades por vezes invisibilizadas, literalmente, pois paredes institucionais ocultam realidades inacessíveis⁵ — isso sabemos há tempos. No início, um incômodo estranhamento, algo que não conseguia nomear, situações que localizava apenas no

² Sem demorarmo-nos, deixarei como referência quanto à escolha da noção de “estética” adotada um texto de Jeanne Marie Gagnebin, de 2014, um capítulo intitulado “De uma estética da visibilidade a uma estética da tatibilidade”, no qual ela resgata a discussão de Benjamin sobre a “aura” como um convite da experiência que não mais terá a estética como a nostalgia de uma beleza inacessível, ficcional (falsamente aurática), mas sim como aquela que acontece nos espaços em ruínas, pois neles abrem-se espaços para experiência, onde, inclusive, podem emergir experiências lúdicas com outras possibilidades de realidade (também sérias). Assim, Benjamin entende que o mundo pode ser construído e desconstruído, pois não dado; assim, essa é a forma de estabelecer espaços de jogo no campo político.

³ Como referência da noção de experiência adotada, para além de todas as referências benjaminianas explícitas e implícitas no texto, trazidas por meio de interlocução com Arendt e Gagnebin, deixo a referência de Bondía, 2002, p. 21 e 24: “A experiência é o que nos passa, o que nos acontece, o que nos toca. Não o que se passa, não o que acontece, ou o que toca. A cada dia se passam muitas coisas, porém, ao mesmo tempo, quase nada nos acontece. Dir-se-ia que tudo o que se passa está organizado para que nada nos aconteça. Walter Benjamin, em um texto célebre, já observava a pobreza de experiências que caracteriza o nosso mundo. Nunca se passaram tantas coisas, mas a experiência é cada vez mais rara. Em primeiro lugar pelo excesso de informação. A informação não é experiência. E mais, a informação não deixa lugar para a experiência, ela é quase o contrário da experiência, quase uma antiexperiência. [...] A experiência, a possibilidade de que algo nos aconteça ou nos toque, requer um gesto de interrupção, um gesto que é quase impossível nos tempos que correm: requer parar para pensar, parar para olhar, parar para escutar, pensar mais devagar, olhar mais devagar, e escutar mais devagar; parar para sentir, sentir mais devagar, demorar-se nos detalhes, suspender a opinião, suspender o juízo, suspender a vontade, suspender o automatismo da ação, cultivar a atenção e a delicadeza, abrir os olhos e os ouvidos, falar sobre o que nos acontece, aprender a lentidão, escutar aos outros, cultivar a arte do encontro, calar muito, ter paciência e dar-se tempo e espaço.”

⁴ Como servidora pública concursada do estado de São Paulo, em cargo de “analista de promotoria I – psicóloga”, de 2012 a 2021, sendo os dois últimos em licença sem vencimentos para a elaboração dessa tese.

⁵ Aqui falamos de instituições, serviços, mais ou menos enquadradas em parâmetros de funcionamento legais ou diretivos, ou até estabelecimentos irregulares sem sequer enquadramento legal, o que será explicitado com maiores detalhes ao longo do trabalho.

intangível, o singular da exceção que se transformava em “lógica-regra” porta após porta. Aquilo que com o tempo fui entendendo como ainda manicômio, estava ali, acolá, sob outras roupagens, outras formas, outros (não)nomes.

Eram diversos os campos das políticas que os serviços habitavam, muito no universo da política pública, mas também tantos nas frestas de um universo privado (precário ou lucrativo — nas esferas de sobrevivência ou de rentabilidade). Sempre ali, o estranho presente, localizado onde não havia diálogo com expectativa de legalidade (previsão que organizaria um funcionamento parametrizado), mas não só, também nos lugares onde o discurso corrente de um projeto de sociedade com uma nova concepção de cuidado em saúde mental era vigente e defendido.

Semana após semana convivendo com o mal-estar sem nome, serviço após serviço, com o evidente insólito desencaixe: o encaixe da lógica manicomial como que liquefeita, enraizando-se nas fissuras do solo do cuidado de uma rede, ainda que recente, que se estruturava há anos sob alicerces da Luta Antimanicomial. Aqui, importante evidenciar, “manicomial” como compreendido por Scarcelli, pela forma coerente de afirmar no cotidiano as liberdades de ser e existir:

O manicomial, nesse sentido, é entendido como metáfora de relações de violência e discriminação, geradoras de exclusão social, sendo a instituição psiquiátrica considerada como emblemática, por representar uma das formas violentas de opressão. (SCARCELLI, 1998, p. 1)

Retomar as inúmeras e fundamentais contribuições de Basaglia era como verificar ainda ali, naquilo que se apresentava cotidianamente nessas visitas a instituições e serviços, a “objetificação”, o “aniquilamento da individualidade”, o “esquema institucionalizante”, o que, portanto, ainda nos convidava a pensar “fórmulas que finalmente levem em conta o homem no seu livre situar-se no mundo” (BASAGLIA, 2010, p. 23).

Se a tarefa de uma reforma psiquiátrica brasileira estava para além do fechamento de hospícios, na verdade, habitando a proposta de “reinvenção de vida”, a partir da tarefa comum contra a exclusão (SCARCELLI, 2011), essas realidades pareciam revelar que a morte e a exclusão encontraram seus próprios caminhos às margens de nossas conquistas.

E o tempo de desenvolver essa pesquisa foi matéria-prima para que o “estranho” ganhasse de fato possibilidades afirmativas: tratava-se não sobre a forma como lidamos com a loucura num sentido circunscrito, mas como lidamos com o que resta fora de uma rede estruturada numa sociedade que ainda resiste à diferença, e, portanto, se estrutura na trama do sofrimento mental, mas não exclusivamente, sendo esse também um escudo, que encobre e revela.

Estão dispostas no campo de pesquisa, as diversas dificuldades de lidar com o sofrimento psíquico que no Brasil se entrelaça no campo a partir das categorias de classe, raça, gênero e idade. E, nesse sentido, não estamos falando de uma lógica de internação tão diversa à que se explicitava nos manicômios que combatemos há tantos anos, onde estas mesmas questões entrecruzavam-se em tais instituições totais⁶ (e seguimos combatendo os que insistem em se manter; essa vitória, sabemos, não está dada); contudo, nossa atenção merece voltar-se às peculiaridades presentes no jogo entre o que era, o que resta, e o que se transmuta tanto para a permanência quanto para o “novo”.

Retornando ao início do processo desta tese, quando a urgência de escrita se fez, alguns interlocutores indicavam que seria conveniente uma escolha sobre qual a natureza de serviço esta pesquisa investigaria: ou comunidade terapêutica, ou Instituições de Longa Permanência para Idosos, ou serviços para pessoas com deficiência⁷ etc., afinal, tais variedades de serviços ocupavam lugares distintos na estrutura da organização das políticas públicas, orçamento, gestão etc., o que demandaria uma renúncia para delimitar um campo reduzido.

Todavia, desde o início, o caminho de delimitação, pela exclusão desse universo heterogêneo, ia na contramão do que a realidade de investigação revelava. Os possíveis recortes de delineamentos, fossem pela natureza de funcionamento, pelas diretrizes etc., solapariam o fenômeno amplo de um enraizamento manicomial na diversidade dispersa na gama de políticas e serviços; ainda que pesquisar sobre os inúmeros desafios e discorrer sobre proposições de soluções para seus enfrentamentos circunscritos seja de extrema relevância, pois impactam na vida de cada um dentro desses muros institucionais.

A inquietação não encontrava sentido nas delimitações de determinadas políticas públicas como foco de estudo central, sem poder prescindir de diálogo com suas bases e alicerces. O tempo novamente como matéria-prima para que ela se aquietasse como possibilidade de significação: cada parte seria apenas um dado importante, mas era para ser pesquisa-experiência. Cada serviço era fragmento-componente — como pedra, água, peixe, terra, molécula de oxigênio: separados não seriam lagoa.

Cada jovem em sofrimento diagnosticado numa casa para idosos, com ou sem internação anterior, porque “não tinha onde pôr”; ou mesmo cada idoso ali sem acesso à própria conta bancária, porque “era mais fácil administrar assim”; cada adolescente numa

⁶ O livro de Daniela Arbex (2013) é bastante revelador do que poderia ser depositário um manicômio no Brasil.

⁷ Nestes casos, grandes instituições nos desenhos de uma instituição total que existiam à sombra dos parâmetros legais.

comunidade terapêutica, porque barulho social alto que uma “rede não deu conta”; cada mulher “louca”, ou “chata” numa clínica privada porque o marido ameaçou-a se contrariasse o “cuidado”; cada mulher negra diagnosticada e esquecida numa casa/cárcere sem mapa em que a renda era mínima e não era dela; cada homem internado em um lugar como voluntário mas do qual não lhe era permitido sair; cada criança ou adulto com deficiência em frente a uma televisão 24 horas por dia por 7 dias por semana por uma vida inteira; cada pessoa que cometeu um crime, isso associou-se à (não) saúde mental e foi presa sem fim.

Cada cerceamento de liberdade naturalizado, cada medicalização descuidada e indiscriminada, cada forma de organizar a rotina meticulosamente igual e tediosa.⁸

Cada componente acima formava lagoa. Tantas pistas em tantos diversos lugares, espalhados e tão reveladores de uma lógica antiga que, ao não mais poder habitar apenas um local, reconhecidamente assustador e absurdo, sofisticou-se em sua forma de persistir, ramificou-se pelas sombras, constituindo sua própria rede de “desassistência oculta”⁹.

Assim, para dedicar-se à tarefa de dialogar e fazer-se lagoa, num primeiro momento era preciso narrar sobre essas experiências, para então, num segundo momento, refletir sobre seus conteúdos de forma viva, crítica, aberta, sobre o que essas realidades poderiam revelar e para onde nos convidariam a nos movimentar. Não se pretende desenhar argumentos sobre um único motivo pelo qual essa lógica persiste, permanece, se reinventa em configurações outras, mas se pretende abrir questões que dialoguem, que provoquem pensamentos e deslocamentos, considerando uma história que restava de fora. (um fora-dentro numa relação dialética).

Assim, este texto estrutura-se três partes — sendo esta a primeira delas — e, ainda que distintas, formam um corpo a partir de sua inter-relação, plenamente integradas ao propósito da pesquisa. O rigor de método se propõe no diálogo entre o que é narrado e o que se desdobra da experiência, o que permite a elaboração das reflexões de diferentes dimensões que convidam aos desenrolares possíveis porque aqui não se encerram.

Nesse sentido, faz-se importante a explicitação de que o pensamento, o fazer pesquisa, a forma de implicar-se na tarefa — trabalho-caminho de construção — dialogam com a formulação teórica de Enrique Pichon-Rivière, tal como a compreende e transmite Scarcelli (2017). Dá-se na proposição de um método que não se apresenta como fragmento-ferramenta, mas que é caminho que orienta e acompanha, então permite, subsidiando, deslocamentos. Dá-

⁸ As narrativas apresentadas na Parte II tratam dessas realidades.

⁹ Aqui emprestei essa expressão de Isabel Cristina Lopes, que, numa aula que eu dava no Instituto Sedes Sapientiae, ela, que coordenava o curso, nomeou — e fez um sentido muito próprio a forma como ela batizou essas realidades que eu ali partilhei.

se na busca como circuito aberto, incompleto, espiralado que pretende não se encerrar numa forma estereotipada — e, portanto, adoecida —, sem a abertura necessária às mudanças sociais que não cessam.

A tarefa pichoniana não finda, é ação refletida, é práxis e não estancamento, bem como dá-se no reconhecimento de que a escrita é sempre autobiográfica na medida em que o lugar do qual partimos é sempre único e revelador das formas de viver e compreender o mundo.

Se nesta primeira parte apresenta-se o caminho, na segunda estão contidas as narrativas da experiência da pesquisadora enquanto psicóloga, servidora pública, no Ministério Público de São Paulo. Não se pretende linearidade, formalidade, enquadramento de informações; é um trabalho de memória, é sobre o vivido, é sobre afeto e é intencional. Ainda que possa haver estranhamento sobre a ausência de esclarecimentos *a priori*, escolhemos dessa forma apresentar a pesquisa, como o próprio pensamento se constituiu durante o desenvolvimento dela. Assim, a primeira parte é o convite ao mergulho.

A terceira parte desta pesquisa é o convite a emergir — retornar, respirar — e refletir. Nela estarão dispostos contexto, marcos significativos e as discussões que as narrativas suscitaram pelo tempo em que esta pesquisa ocorreu. Objetivo e método estão aqui colocados e habitam o texto em seu curso, dada a forma de pensar e apresentar.

Caso o leitor ou a leitora sinta necessidade, a liberdade de inversão também é um convite. Um trabalho que propõe pensar e mobilizar a prática da liberdade, a partir de uma compreensão e um desejo de mundo que afirmam a diversidade, deve lembrar que a abertura da experiência é singular e que deve permitir transgressões, contra fronteiras e além delas (HOOKS¹⁰, 2017).

Esta parte inicial se apresenta como aposta de sentido ao convite do absurdo da cena, para que não busquemos lidar com o fato objetivo de haver pessoas internadas/institucionalizadas como dado objetivo apenas, mas para que fiquemos tomados pela experiência — porque, primeiro, de afetos a humanidade se alimenta e, segundo, não se discute loucura, sofrimento, beleza, esperança e transformação sem ela; é preciso que nos reconheçamos em cada uma dessas pessoas para que não aceitemos.

É por isso que começamos com Valter Hugo Mãe. Haja luto e lagoa para seguirmos a esperar.

¹⁰ Ressalva: sabemos que “hooks” (de “bell hooks”) demanda da grafia minúscula, dado que o foco deve estar em sua obra e não em sua autoria, sendo um posicionamento evidenciado por ela. Na pesquisa, portanto, a escolha por manter a regra da ABNT e não a destacar.

Sobre a escolha de narrar: Afeto, reconciliação, transmissão

Os fatos precisam ser costurados com um fio de sentido que lhes dê alguma razoabilidade para serem compreendidos. Só depois de compreendê-los podemos definir nossas ações e tocar a vida.
(CRITELLI, 2012, p. 31)

Desde o início de nossa escrita, optamos por narrar situações que nos causaram a necessidade de buscar alguma razoabilidade, como nomeia Dulce Critelli (2012). Quando nos deparamos com uma menina dentro de uma jaula de madeira¹¹, não é possível converter essa experiência em dados quantitativos. Como seria pensar num campo circunscrito de crianças e jaulas de madeira e a verificação de incidência em instituições para pessoas com deficiência num determinado território delimitado do estado? Seria provavelmente possível estabelecer tal investigação, no entanto, lidar com a cena de um encontro entre duas pessoas e uma delas dentro de uma jaula, sem dúvida, nos faz lidar com a realidade não como dado (“x” jaulas), mas sim como algo intolerável.

Eis, então, dois pontos fundamentais na escolha pelas narrativas. Primeiro, reconciliar-se com a realidade — as realidades que se apresentavam —, pois é por essa trilha que tentamos nos sentir em casa no mundo (CRITELLI, 2012) e há um modo público de existir: compreender como ação, tendo o narrador um papel cultural que possibilita a “permanência de pessoas, valores, tradições” (MORATO, 2015). Também que essas realidades ganhassem corpo no mundo para outros, para que essas compreensões, no coletivo, pudessem se deslocar, ganhar outros espaços, gerassem transformações para além de denúncias.

A partilha do que estava encerrado nos muros adentrados vem como convite a romper com a noção naturalizada, entre tantos, do sucesso dos fins, o mito dos fins, “as ilusões que regem a vida cotidiana”, entre o revelado e o não revelado (PICHON-RIVIÈRE; QUIROGA, 1998). Pichon-Rivière e Quiroga convidam-nos a romper com a “familiaridade acrílica” vivendo-a, experienciando-a.

Nesse sentido, o afeto é caminho.

Narrar se apresentou como forma de imersão digna daquilo que foi, para além de visto, vivido. Narrar apresentou-se como possibilidade de elaboração e construção de sentido dos tantos absurdos testemunhados a serem desnaturalizados. A experiência te toma, te atinge em

¹¹ Narrativa 2.

cheio e o movimento de tornar algo visível quebra o silêncio, desafia noções e abre possibilidades (SCOTT, 1998).

Ainda sobre a relevância da narrativa, recorremos a Critelli, que retoma Arendt:

Quando a realidade se mostra caótica, nossa tendência é a de recusá-la. Sobretudo porque ficamos sem um chão para nos apoiar. Quando retoma sua razoabilidade, podemos nos reaproximar da realidade outra vez e interagir com ela. O resultado é o reencontro de um lugar perdido no seio do mundo. Um mundo que não puder ser narrado não pode ser habitado. (CRITELLI, 2012, p. 33)

A partir de Arendt, Critelli fala da importância dos arranjos em formas de história para que a vida possa ser lidada, portanto, fazer da vida história é fundamental à existência humana, considerando sempre que as histórias em realidade serão sempre “cheias de falhas, de ângulos distorcidos, de contradições e incongruências” (CRITELLI, 2012, p. 32), e que, para habitar o mundo em histórias, é preciso habitar a linguagem, agora, retomando Heidegger.

Entendemos que se linguagem e história perseveram como morada de existência, perseveram também como morada de pesquisa. Os conteúdos trazidos neste estudo se apresentam como realidades, antes de narradas, encortinadas pela história de sucesso da Reforma Psiquiátrica com seus indiscutíveis avanços e conquistas, mas que também resguarda lacunas não elaboradas e que reivindicam fazer parte de um movimento de reflexão a partir deles, para compor, para fazer parte.

Trabalharemos com informações em descrições e afetos; evidências em memórias, marcadas no corpo, trazidas como traços vivos e reais. Critelli (2012) diz: “O que chamamos de real combina mais com a versão dos fatos do que com os fatos em si mesmos”, ao retomar Heidegger sobre a ontologia do ser e o traço essencial da busca de sentido e significado para toda experiência e contato. É este real sobre o qual nos debruçaremos nesta pesquisa, buscando a aproximação com aquilo que está além do instituído para que o sentido se apresente.

Scott (1998), como historiadora, propõe que falar sobre o que existe e fica de fora da história é missão, na medida em que o visível ocupa o lugar do privilégio. A escrita estaria como transmissão de uma experiência visceral visual, e que tal comunicação estaria como meio de documentar vidas negligenciadas, omitidas, produzindo novas evidências, anteriormente ignoradas como se não fossem dignas de registros na história convencional, pactuada, e por isso fundamental para desmentir construções hegemônicas de mundos sociais.

Nesse sentido, as práticas manicomiais ainda tão vivas emergem para disputar a narrativa da história, para que pudéssemos incluir no campo do visível tantas pessoas, trajetórias,

memórias e lugares reconhecidos, ainda que tantos corpos como esses estivessem incluídos nas pautas transformadoras desde o início; era preciso visibilizar que alguns, tantos, ainda não estavam.

Neste contexto, resgatemos Benjamin pelo olhar de Gagnebin (2006), quando ela situa “O narrador”, escrito entre 1928 e 1935 e a figura do narrador como aquele que realiza uma “transmissão entre os cacos de uma tradição em migalhas”. O narrador seria aquele que recolhe a sucata, o lixo, os restos, os detritos para que nada se perca; a imagem preciosa de um “narrador sucateiro”:

Esse narrador sucateiro (o historiador também é um Lumpensammler) não tem por alvo recolher os grandes feitos. Deve muito mais apanhar tudo aquilo que é deixado de lado como algo que não mais tem significação, algo que parece não ter nem importância nem sentido, algo com que a história oficial não sabe o que fazer. (GAGNEBIN, 2006, p. 54)

Continua questionando o que viriam a ser essas sobras a serem recolhidas, configurando duas formas de respostas para Benjamin, que poderiam ser o “sofrimento” e o “anônimo”, ficando a cargo do narrador e do historiador “transmitir o que a tradição, oficial ou dominante, justamente não recorda” (GAGNEBIN, 2006).

Apesar de trabalharmos, nesta pesquisa, situações recentes e atuais, seria inevitável vinculá-las a histórias de outrora como reedições ou como reproduções, e, nesse sentido, a preocupação para que não fossem esquecidas ou invisibilizadas. Isso porque falamos de práticas arcaicas num contexto em que mudanças inovadoras, no que se refere à loucura e seu cuidado, se impuseram como conquistas do Movimento da Luta Antimanicomial. Retomar as condições e práticas experienciadas, portanto, se apresentava como tarefa essencial desta pesquisa para que compusesse o cenário, inclusive histórico, no campo de luta por uma saúde mental no Brasil, visando a transformação desse e de futuros presentes.

A partir de Benjamin, Agamben (2018) defende que a desorientação como método ao pesquisador é uma necessidade na medida em que seria a única garantia de uma experiência mística, já que o mistério perdido é quem permite os estilhaços de luz necessários de serem separados do esquecimento:

O elemento em que o mistério desaparece e perde-se é história. É um fato sobre o qual cumpre refletir continuamente: que um mesmo termo designe tanto o decorrer cronológico dos feitos humanos quanto daquilo que a literatura narra, tanto o gesto do historiador e do pesquisador quanto o do narrador. (AGAMBEN, 2018, p. 30)

Diante deste exercício, de narrar a experiência e pensando a questão da razoabilidade que também busca para lidar com o vivido, foi necessário pensar o lugar que a pesquisadora também ocupava.

Para tal, retornamos a Gagnebin, quando amplia o conceito de testemunha como aquela que não tem o papel apenas de assistir a algo. Cabe a ela retomar a história e transmiti-la em diferentes palavras para a reflexão que permite invenção do presente:

Testemunha também seria aquele que não vai embora, que consegue ouvir a narração do insuportável do outro e que aceita que suas palavras levem adiante, como num revezamento, a história do outro: não por culpabilidade ou por compaixão, mas porque somente a transmissão simbólica, assumida apesar e por causa do sofrimento indizível, somente essa retomada reflexiva do passado pode nos ajudar a não repeti-lo infinitamente, mas a ousar esboçar uma outra história, a inventar o presente. (GAGNEBIN, 2006, p. 57)

No campo de pensamento de Benjamin, Agamben, ao resgatar Eichmann em Jerusalém, discute processos de culpa e pena como “mistério”, que, segundo Benjamin, foram integradas à existência humana de forma a permitir compreensão possível, mas não forma possível de justiça: “E, por isso, o processo continua em curso, porque o homem não cessa de tornar-se humano e de permanecer inumano, de entrar e sair da humanidade.” (AGAMBEN, 2018, p. 43)

Nesse sentido, a invenção do presente, o esboço de uma nova história (GAGNEBIN, 2006), dialoga com o processo em curso da humanidade: tornar-se humano e permanecer inumano, entrar e sair (AGAMBEN, 2018).

E aqui, na ousadia de esperar, o sábio convite de Aílton Krenak:

Então pregam o fim do mundo como uma possibilidade de fazer a gente desistir dos nossos próprios sonhos. E a minha provocação sobre adiar o fim do mundo é exatamente sempre poder contar mais uma história. Se pudermos fazer isso, estaremos adiando o fim. (KRENAK, 2019, p. 27)

Sobre o processo de narrar – Memória: sombra, trabalho, vir a ser

Inevitavelmente, devagar e manso desatam-se entreliços afofados pela rememoração. Entreliços de trabalho, tecidos pelas mãos da convivência, do compartilhamento de segredos e intimidades pessoais e profissionais, no regaço do recolhimento de paixões de ser e pertencer, criando uma tecitura original de ir vi-vendo e conduzindo outras tecituras para muitas existências.”
(MORATO, 2015, p. 18)

No caminho de construção deste trabalho, na tarefa imbuída, o processo-método-narrativa, tal como desenvolve a Professora Henriette Morato, fez sentido de pronto para partilhar, elaborar e refletir. Dar a ver e dar a pensar.

As narrativas foram selecionadas, convocadas a partir de dos afetos suscitados diante das situações provocadoras de estranhamento na experiência do encontro com a

institucionalização de caráter manicomial em diversos contextos. Indubitavelmente, as narrativas partilhadas são fruto de efeitos de intensidade que tais encontros promoveram: “os entreliços de trabalho afogados pela rememoração” (MORATO, 2015).

O tecer de narrativas partiu de elaboração livre do trabalho de memória e do resgate de anotações feitas durante as visitas realizadas com a equipe do MPSP, bem como da rememoração das experiências em conversas com pessoas próximas, de tal forma a acender determinadas sensações e afetos ou mesmo recolher outros quando misturadas as minhas memórias com minhas companheiras e companheiros, tão importantes, de trabalho. Ora foram escritas memórias mais recentes, ora mais distantes, todavia, assim que começada uma delas não foi possível iniciar outra. Cada uma teve seu começo, seu investimento profundo e seu fim como processo de lembrar, reviver, elaborar e assentar.

Gagnebin (2014) relaciona a escrita como algo que vive numa perigosa indeterminação, porque não está mais, porque é presença da ausência e ausência da presença, a escrita “é um rastro” (p. 21). Assim, a transmissão pela palavra escrita poderia ser considerada “um gesto que esboçamos – o qual, no melhor dos casos, será retomado e transformado por outrem” (p. 24). Cria sentido não na revelação de uma verdade, mas por adentrar “o reino da separação e da despedida” (p. 25) e, assim, a escrita configuraria um nascimento. Então, o trabalho de escrever, ao contrário de qualquer reprodução do vivido, seria análogo “ao gesto incansável de Penélope, em tecer conjuntamente os fios do esquecer e do lembrar” (p. 165).

Temos então de pensar na matéria-prima, a escrita narrativa, considerando aqui também a noção de memória. E, para avançarmos, sigamos a dialogar com a perspectiva da professora Ecléa Bosi, psicóloga social reconhecida pelo trabalho com memória.

Convida-nos, a partir do filósofo Henri Bergson, a falar sobre memória, psiquismo e sociedade, destacando a sua “rica fenomenologia da lembrança”. (BOSI, 1994, p. 43)

A autora pauta-se na distinção entre duas memórias: uma “memória-hábito”, vinculada mais ao processo do que chama de “adestramento cultural”, pelo qual se vale o esforço de atenção, repetição de gestos e palavras, construção de hábitos; e uma outra memória independente de hábitos, uma “lembrança pura”, que traz à tona algo do único, de caráter evocativo, cujo nome Bergson não hesitou em dar de “inconsciente”, marcando que a relação entre elas é conflitiva (BOSI, 1994). Bosi continua:

Antes de ser atualizada pela consciência, toda lembrança “vive” em estado latente, potencial. Esse estado, porque está abaixo da consciência atual (“abaixo”, metaforicamente), é qualificado de “inconsciente”. O mal da psicologia clássica, racionalista, segundo Bergson, é o de não reconhecer a existência de tudo o que está

fora da consciência presente, imediata e ativa. No entanto, o papel da consciência, quando solicitada a deliberar, é sobretudo o de colher e escolher, dentro do processo psíquico, justamente o que não é a consciência atual, trazendo-o à sua luz. Logo, a própria ação da consciência supõe o “outro”, ou seja, a existência de fenômenos e estados infraconscientes que costumam ficar à sombra. É precisamente nesse reino de sombras que se deposita o tesouro da memória. (BOSI, 1994, p. 52, grifo nosso)

À memória, Bergson buscava dar um estatuto espiritual diverso da percepção e seu princípio central estaria retido na “conservação do passado”, pelo processo de “ressurreição” em que ele é convocado ao presente pelas formas da lembrança.

Na linha de condução de seu pensamento, Bosi faz passagem, então, aos estudos do sociólogo francês Maurice Halbwachs, reconhecido estudioso das relações entre memória e história pública, enfatizando não o estudo da memória em si, mas os “quadros sociais da memória”, considerando as relações interpessoais:

A memória do indivíduo depende de seu relacionamento com a família, com a classe social, com a escola, com a Igreja, com a profissão; enfim, com os grupos de convívio e os grupos de referência peculiares a este indivíduo. (BOSI, 1994, p. 54)

Nesse sentido, Halbwachs relativiza a espontaneidade, liberdade da memória; segundo ele, estes seriam caráter de excepcionalidade. A memória, portanto, não seria um reconstruir o passado de forma onírica:

A memória não é sonho, é trabalho. Se assim é, deve-se duvidar da sobrevivência do passado “tal como foi”, e que se daria no inconsciente de cada sujeito. A lembrança é uma imagem construída pelos materiais que estão, agora, à nossa disposição, no conjunto de representações que povoam nossa consciência atual. Por mais nítida que nos pareça a lembrança de um fato antigo, ela não é a mesma imagem que experimentamos na infância, porque nós não somos os mesmos de então e porque nossa percepção alterou-se e, com ela, nossas ideias, nossos juízos de realidade e de valor. O simples fato de lembrar do passado, no presente, exclui a identidade entre as imagens de um e de outro, e propõe a sua diferença em termos de ponto de vista. (BOSI, 1994, p. 55, grifo nosso)

Assim, as imagens evocadas estariam sempre vinculadas à linguagem e à inscrição social do sujeito nos momentos em que se vive e que se rememora algo.

Há duas noções que destacamos nos trechos selecionados acima, a de que é no reino das sombras que reside o tesouro da memória e a de que memória não é sonho, é trabalho, e elas devem dialogar a fim de que compreendamos o valor e a complexidade propostos no trabalho de memória (BOSI, 1994).

Partindo desta discussão proposta por Ecléa Bosi, portanto, é que podemos compreender os processos de escrita destas memórias apresentadas, que não pretendem reproduzir cenas vividas, mas invocá-las de modo que venham a emergir carregadas de afetos latentes produzidos nos encontros na atuação de um fazer, um trabalho, sem negligenciar que o lugar institucional, mesclado com tantas outras inscrições sociais cujo corpo da

pesquisadora carrega irãõ compor o entrelaçamento de lembranças destas narrativas e deste lugar, somente dele, sem qualquer isenção, sem qualquer neutralidade, ainda que com o rigor de explicitar essa condição que envolve o trabalho de memória.

Neste ponto, importante compartilhar: a escrita de cada narrativa também se apresentou como possibilidade de visitar a si mesma, cada encontro, como luto sem fim, do peso partilhado de testemunhar, mas também como missionária da partilha do que viu (GAGNEBIN, 2006).

Por fim, como parte da tarefa de memória desta pesquisa, é fundamental destacar que ela foi inicialmente pensada num cenário de avanços e conquistas antimanicomiais no Brasil¹², em que pretendia-se discutir aquilo que escapava ao olhar impregnado de sucesso, ao discurso de vitória, para refletir sobre tais permanências/persistências ainda que sob a governança de ideias afins que seguiam seu curso com imensuráveis ganhos.

Todavia, ao longo do desenvolvimento dessa pesquisa, o contexto político-partidário-ideológico-social¹³ teve uma guinada, o que recolocou em cena setores que disputam e defendem políticas e práticas manicomiais, tendo ocorrido ações concretas no sentido de desmontar avanços ocorridos em meio ao processo de reforma psiquiátrica.

É fundamental reconhecer a diferença entre as possibilidades de construção num contexto de um governo progressista (no qual se inicia o processo da pesquisa e para o qual se encaminha a partir de 2023 com o retorno da pauta progressista) e o diálogo obstaculizado num governo pautado por ideias de extrema-direita. A desconstrução da cultura manicomial, ainda desafiadora e imprescindível como horizonte de trabalho, é dimensão presente no campo da saúde mental e das políticas públicas de maneira geral que precisam ser reconhecidas e enfrentadas.

Nessa perspectiva, parece-nos fundamental afirmar a potência da experiência, da escrita, da ciência, do pensar, o resgate da história na árdua tarefa de registrar memórias na disputa com as verdades hegemônicas que não abraçam os restos, os estilhaços e que alimentam barbárie.

Aqui, pelo reconhecimento do que fica de fora, continuamos a lutar contra o retorno dos leitos psiquiátricos manicomiais legitimados e subsidiados pelo Estado, que no contexto atual, a partir das eleições de 2018, toma ainda mais força; mas para além disso, pois havia estrada, ainda há estrada, sempre há de haver: “Ser capaz de recomeçar sempre, de fazer, de

¹² Ingresso no programa de Psicologia Social em 2017 considerando estudar situações ocorridas no contexto de políticas públicas implementadas por governos de direção democrática e progressista.

¹³ Governo de 2018 a 2022.

reconstruir, de não se entregar, de recusar burocratizar-se mentalmente, de entender e de viver a vida como processo, como vir a ser...” (FREIRE, 1995¹⁴ apud HOOKS, 2017, p. 5)

Sobre narrativas: das miudezas essenciais

As narrativas que se seguem habitam cenários que vão de serviços irregulares que não seguem qualquer parâmetro legal, mas que acabam por serem enquadrados em alguma configuração que lhes permite funcionar com algum acordo com o Estado e seus representantes — no caso o Ministério Público do estado de SP —, a um Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Dar nomes às coisas para que lidemos com elas é uma necessidade, um ponto de partida; inclusive quando chamamos de “irregulares”, partimos do ponto de que não se familiarizam com a regularidade, o que também soa estranho, sem dúvida. Todavia, emergiu como possibilidade de lidar neste contexto: a razoabilidade imprescindível.

Essas narrativas referem-se desde uma situação que se configurou posteriormente como ação criminal de cárcere, até situações de institucionalização não parametrizadas, mas que funcionam naturalmente como mimetizadas na ausência de regulação como algo regular¹⁵.

Como exemplo, tomemos as grandes instituições para pessoas com deficiência, que se apresentam na contramão da Convenção Internacional de Pessoas com Deficiência, da Luta Antimanicomial e das políticas públicas desenhadas para pessoas com deficiência que demandam moradia assistida. As narrativas também vêm falar da realidade de uma grande instituição como essa e que fora visitada, não sendo rara sua existência — ao longo dos anos de prática no MP, foram pelo menos 5 instituições dessa natureza num território de alguns municípios no entorno da cidade de São Paulo¹⁶.

Também estão aqui presentes situações de comunidades terapêuticas, que ainda que se legitimem por nomeação reconhecida (com ou sem subsídio público), carecem de parametrização consistente para balizar seu funcionamento, parecendo operar na perversão de diretrizes frágeis e ambíguas, que permitem as lógicas de exercício de poder mais diversas. Poderemos refletir sobre os efeitos da ausência de regulação de funcionamento, assumindo

¹⁴ FREIRE, P. *Educação na cidade*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1995, p. 103.

¹⁵ Sobre tal discussão, percorremos um tanto mais ao fim da pesquisa, sem com isso encerrar, mas na contínua tarefa de indagar sobre tal fenômeno.

¹⁶ Realidade que será discutida, inclusive com as informações trabalhadas pela Organização Human Rights Watch, que amplia o território dessa realidade.

que sua existência traria à tona questões também bastante problemáticas no que tange aos obstáculos para o projeto de uma sociedade sem manicômios.

A partir da comunidade terapêutica, também já puxamos o fio das clínicas privadas, que, inclusive, apropriam-se da nomeação e apresentam-se como comunidades terapêuticas na perspectiva de natureza do serviço documental; todavia, na prática, mais se assemelham a estruturas hospitalares sem recursos suficientes, que, ao autodenominarem-se comunidades terapêuticas, circunscrevem-se numa fiscalização menos exigente. Teremos, portanto, narrativas tanto de clínica privada quanto de comunidade terapêutica na forma como se apresentam, ainda que como burocracia amparem-se no mesmo argumento formal de natureza institucional — o que impacta na possibilidade de rentabilidade e perfil de público a ser institucionalizado num ou noutro equipamento.

Outra natureza de serviço aqui trabalhada será aquela tipificada na Política Nacional de Assistência Social como ILPI: Instituições de Longa Permanência para Idosos. E se há um estranhamento quanto à sua aparição, é importante que ela se mantenha em diferentes camadas: na presença de um questionamento sobre por que motivo entendemos que internações longas de idosos possam permanecer fora da discussão da saúde como política de cuidado com nossos velhos, na perturbação da realidade de que podem ser internados os “loucos” acima de 60 anos sem o incômodo de uma sociedade que se reconhece antimanicomial e no sobressalto ao encontrarmos não incomumente pessoas com menos de 60 anos internadas nessas instituições com diagnósticos da saúde mental, que sequer estão no guarda-chuva da política de saúde.

Se a ILPI nos convida a incluir a categoria idade na discussão da segregação institucional (na perspectiva manicomial), também será importante atentar-se para o caso de crianças e adolescentes em diferentes serviços/instituições imersos nesse caldo institucionalizante nas diversas brechas encontradas pelas redes de atenção, proteção e atendimento. Brechas que se dão no entre cuidar-descuidar.

Por fim, não menos importante, porque lugar bastante emblemático, temos uma narrativa sobre um Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, tão revelador em sua existência equilibrada de velhas e novas questões habitando as mesmas paredes de antes.

Para terminar, é preciso trabalhar brevemente três pontos importantes: sobre a delimitação do território que abriga as experiências partilhadas, sobre o período em que elas foram vividas e sobre os essenciais cuidados éticos na transmissão dessas memórias.

1) Território

A região de atuação profissional referenciada era institucionalmente reconhecida como “Regional da Grande São Paulo II”, território para o qual fui designada a trabalhar em parceria com um profissional do Serviço Social¹⁷ depois do ingresso no cargo público.

No total, compreendia 18 municípios: Francisco Morato, Franco da Rocha, Caieiras, Pirapora do Bom Jesus, Santana do Parnaíba, Barueri, Osasco, Carapicuíba, Jandira, Itapevi, Vargem Grande Paulista, Cotia, Taboão da Serra, Embu das Artes, Itapeverica da Serra, Embu-Guaçu, São Lourenço da Serra e Jujutiba¹⁸, tendo como característica a proximidade com São Paulo, garantindo o acesso rápido a regiões ruralizadas. Também a característica de diversidade orçamentária e a presença de municípios bastante populosos.

As narrativas que estão contidas para análise neste estudo estarão relacionadas, portanto, a experiências vividas neste continente territorial dentro desta perspectiva de atuação, exceto uma delas que estará relacionada a uma cidade do interior de SP localizada na divisão institucional de Taubaté, oportunidade em que a pesquisadora compôs com uma equipe desta regional.

2) No tempo

As narrativas remontam visitas institucionais feitas a partir dessa atuação como psicóloga do Ministério Público entre os anos de 2013 e 2018. Memórias construídas no plural, como já anunciado, nas relações, porque nunca desacompanhada de colegas do trabalho, normalmente assistentes sociais, algumas vezes promotores, motorista, oficial de promotoria.

3) Questões éticas

Para que fosse garantido o sigilo das identidades das pessoas lembradas a partir da experiência da pesquisadora, todos os nomes dos serviços foram resguardados, bem como os nomes de cada pessoa, funcionário ou usuário ou residente ou internado. Todas as informações foram dispostas de tal forma a preservar a identificação pessoal, o local exato, portanto, garantindo o compromisso ético da pesquisa. Assim, omitimos a data exata das visitas, lançamos mão de nomes fictícios. Por ora delimitamos que se deram em territórios

¹⁷ Sobre a natureza do trabalho, será explicitada a organização e contexto adiante nesta pesquisa.

¹⁸ Durante a realização dessa pesquisa, houve uma mudança de delimitação desta regional, que antes era composta por 21 municípios, mas a alteração não impacta no recorte de experiências trazidas neste.

diversos em municípios no entorno da cidade de São Paulo. Os anos em que ocorrem as visitas também optamos por não definir, garantindo que ocorreram no contexto temporal descrito (de 2013 a 2018).

Acreditamos que não haja risco de identificação de serviço exatamente pela abundância de tais serviços com naturezas aqui consideradas no território que circunscrevia a atuação da pesquisadora, bem como situações que se repetiam em diversas realidades e que podem comumente ser encontradas nesses municípios.

Fazemos uma ressalva quanto ao Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, uma vez que são instituições poucas e reconhecidas. Nesse caso, procuramos cuidar de não expor situações que poderiam levar ao reconhecimento e esclarecemos que não há críticas para atuações individuais, na medida em que as informações trazidas são convite à reflexão de uma sociedade e não de posturas singularizadas.

Agora que juntos, juntas, diante da lagoa, nos resta mergulhar.

PARTE 2: Imersão: mergulhando nas narrativas

Eu me lembro e choro, porque eu me lembro e sinto.

Eu me lembro e dói, porque dói, me movimento.

Eu me lembro e escrevo.

Meu movimento é palavra escrita.

A escrita se faz levante, a escrita se faz pesquisa.

A pesquisa então vive!

A narrativa é convite, então vem.

Narrativa 1. O Hospício logo ali... em nós

Encerrados nos muros de uma instituição, localizada no entorno rural de um município da Grande São Paulo, em uma daquelas estradas de terra que levam nomes de árvores. Tão perto da cidade, tão distante do olhar urbano, tão protegido do olhar humano. No caminho para lá, um pedido nosso de informação, destino difícil de encontrar... A resposta veio precisa: “O hospício fica nessa direção mesmo, só seguir na estrada que chega.”

Num site de anúncios, o referido “Hospício” era classificado como “Clínica/Asilo”, assim, com uma barra separando duas ideias. Quando chegamos, aquela que se apresentou como responsável logo explicou: “Aqui a gente atende Psiquiatria até 60 anos, somos uma residência coletiva.” Não tinha certificações a apresentar, somente um documento que reconhecia uma estrutura física, referente a uma “inspeção predial”. Nenhum documento da autoridade da Vigilância Sanitária. Nada do Corpo de Bombeiros. Documentado: “Natureza de atendimento do setor privado, cobrança individual, particular, de R\$700,00 a R\$1.100,00”.

Dizia a responsável que tinham 22 moradores, de 40 a 60 anos, mas nossos olhos confrontavam outra realidade. Aquele era o início das contradições e das violações que seguiriam nossa visita naquele lugar, um daqueles momentos de estranhamento e confusão entre o dito e visível. Ali vimos idosos em sofrimento. Ali vimos histórias de vidas negligenciadas. Pusemo-nos a perguntar, pois precisávamos ouvir o que quer que fosse que ela tinha a nos trazer. Uma pessoa há 6 anos ali encerrada. Outra há 9 anos. Outra há 11 anos, desde quando a casa havia sido inaugurada. Relatos num crescente de anos de vidas desperdiçadas.

Sem qualquer constrangimento, porque aparentemente a crítica se ausentava, ela relatou que alguns eram egressos de hospitais psiquiátricos — referiu-se ao Hospital Psiquiátrico Charcot, também ao Hospital Psiquiátrico Vera Cruz. Outros teriam vindo das casas de familiares sem o seu conhecimento de internações anteriores. Alguns teriam sido encontrados na rua e encaminhados ao serviço. Conhecemos, nesse dia, duas senhoras que foram levadas nesse contexto, as informações sobre seus territórios de origem estavam sendo levantadas. Cotidiano sem sentido, registros escassos, o descaso com as vidas e histórias naturalizado. Quem pode existir sem poder se contar ou ser contado?

Sobre a origem dos moradores, a maioria era oriunda da cidade de São Paulo, três seriam do município ao qual o serviço pertencia e um de outra cidade próxima. Sobre o público, ela procurava explicar que não aceitava “pacientes agressivos”, também não os “pacientes que fogem”, e afirmava orgulhosa: “meus pacientes não surtam”. Sobre diagnósticos formais, se atrapalhava. Na simplicidade de seu descrever, ela disse que a maioria era esquizofrênica. Mas tinha outras coisas que a responsável sabia contar sobre aqueles moradores, sabia que tomavam seus remédios e dormiam muito bem. Preocupou-se em dividir: também eles choravam algumas vezes.

Os remédios eram prescritos num ambulatório próximo. Essa saída era garantida com frequência bimestral. O único contato externo à instituição daquelas pessoas em seu cotidiano. Naquela singela fortaleza, podiam pintar panos de prato e fazer desenhos em papel sulfite. Essa era a única proposta de fazeres rotineiros, sempre realizadas de modo coletivo. Quem acompanhava esses momentos eram os poucos funcionários, que de tudo faziam. Nenhum deles, inclusive a responsável, tinha alguma formação universitária. O turno da noite era de responsabilidade da sogra da responsável, que também residia no local. No livro de registro de visitas de familiares, meses e meses de ausências presentes. Esse pouco-absurdo-vazio foi tudo que pôde ser exposto.

Quando chegamos estavam quase todos sentados em um local aberto no espaço central do que era uma casa. Não vimos nada mais do que pessoas sozinhas agrupadas, partilhavam um espaço comum. Apenas uma indagação vinha para nós de um senhor em pé em um canto: “São polícia?”. Sentamo-nos abertos ao contato, eu e o assistente social. Uma avidez se apresentou quase que de imediato, não entre eles, mas deles conosco. Exposição de panos de prato e cores, desenhos trazidos pelos funcionários e que exibiam com energia, e corpos próximos e falas em repetição. Uma das mulheres contou que os panos eram vendidos para ajudar a casa. Isso era o que tinham a oferecer. A efusiva troca efêmera possível e logo veio o

abatimento diante do vazio de significado que se revelava um pouco depois. A oferta de vida naquele contexto era escassa.

Alguém que lá trabalhava como “cuidador” nos perguntou baixinho se poderia servir o almoço: “Sim, claro que sim”. O almoço, então, fora anunciado, e eis que todos os corpos instantaneamente se calaram, novamente solitários, mas agora agrupados numa fila que organizadamente se montava diante de nós, obedientes à palavra ordeira de conduta. Era assustador, como se fossem tocados em botões invisíveis a nós. Não havia qualquer tom de ameaça ou violência, era a exata obediência diante da palavra “almoço”. A surpresa e a tristeza arrebatadora se davam pelo testemunho da obediência diante da naturalização da repetição de uma rotina. Ali, diante de nós, o manicômio se revelava como expressão da opressão daquilo que é o humano.

Um senhor, após pegar seu prato, feito por um terceiro e entregue em suas mãos, dispôs-se num canto, de cócoras. Ali, ficou. Até o fim da sua refeição. Eu, ao lado, tomada pela materialização da persistência real do que até então era apenas fictício, virtualizado, relatado como passado.

A responsável pela casa orgulhou-se mais uma vez da estampa mansa que apresentavam, satisfeita ela estava com o serviço que prestava. Elas e eles ali, expostos como suficientes e docilizados; encerrados na lógica da segregação, da exclusão, do controle e da naturalização deste todo histórico.

O manicômio presentificado, ali e em nós todos, altivo, ainda que entre as sombras de uma rede de cuidado crescente, reformada, que disputava o seu lugar, não mais hegemônico afinal.

Narrativa 2. Uma menina e uma jaula: na jaula, a menina

Antes vi a jaula que a menina.

O insólito do encontro com uma jaula de madeira impediu-me de ver a menina por alguns instantes, mas não o suficiente para que eu mantivesse a ilusão de que seu motivo de existência não seria o de circunscrever os movimentos de uma criança.

Era uma jaula, e repetir parece importante para aceitar. Essa foi a primeira vez que tirei uma foto numa visita; fotografar era importante para tornar real. Um quadrado no chão, grades altas de madeira, teto não havia. O chão coberto por colchões, sobre os quais pisava a menina; ela estava de pé, o rosto tentando ver entre as grades no meio das mãozinhas que as

seguravam. Para o contato entre o dentro e o fora havia uma porta de madeira, para o acesso uma tranca externa. Por entre os vãos, os olhos nos observavam. E nesta hora pensei que talvez observar fosse uma das poucas opções de realização disponíveis. Dentro da jaula, além de si mesma, ela não tinha nada.

Pedi que abrissem a porta, era uma criança de mais ou menos 10 anos, não era branca, quis saber o nome dela, mas antes pedi que abrissem. Estávamos eu e o assistente social, ambos capturados pelo absurdo. A freira responsável que nos acompanhava na visita disse que não podia abrir. Perguntei o motivo. “Agita-se muito, alguém tem que ficar segurando, se não pode machucar alguém ou até se machucar.” Oras, estava envolta por estacas de madeira, podia machucar-se ali mesmo...

Mais uma vez pedi que abrisse. Enquanto estivéssemos ali ela não teria seus impulsos demarcados por dois metros quadrados ou talvez um pouco mais. Se a solução era alguém a seu lado, como se apresentou, que assim fosse; e, assim, com ela fora da caixa feita para ela é que poderíamos conversar sobre o que era preciso para que a circulação fosse uma realidade para além do momento de nossa visita. Não bastasse o cerceamento presente já pela lógica institucional sem extramuros com a qual nos deparávamos, a experiência daquela menina se encolhia ainda em uma caixa. O enigmático e assombroso entrelaçamento entre cuidado, controle, limite e paredes.

Aberta a portinhola, Talita saiu como um raio que cai do céu sem precisão de destino. A ausência das grades de madeira estabeleceu uma forma de ocupar o espaço líquida, um esparramar-se aparentemente desorientado, como se o corpo e o recinto não se diferenciassem. A própria freira tratou de ocupar-se com o contorno demandado e por ela reconhecido e antes enunciado; no contato entre os corpos de Talita e da freira também parecia haver falta da percepção de Talita, mas o raio virara folhas de uma palmeira ao vento, puro movimento com a contenção de algo preso ao chão.

Não tínhamos dúvida de que aquela criança se apresentava como desafio no cuidado diário para a instituição, que era imensa com um número expressivo de residentes, cuja equipe era proporcionalmente pequena. Percebíamos a ausência de profissionais suficientes para o trabalho cotidiano e era evidente que dispor de uma pessoa para a “marcação individual” traria prejuízos à dinâmica geral. Pudemos conversar sobre isso e pensar ações junto à instituição, pois transbordavam violações nas mais diversas cenas, mais ou menos manifestas, diante das quais não seria possível calar; todavia, murar uma criança, dentre alternativas pensadas, era limite, não poderia ser realizada. E, naquele encontro, assim como compreendemos sua existência, em seguida a compreensão da necessidade de sua extinção.

Tal jaula estava dentro um grande salão, onde estava um grupo em que quase todas as pessoas eram cadeirantes com suas cadeiras de rodas voltadas para uma televisão. Eram crianças, adolescentes e adultos, tratados indiscriminadamente. Na televisão, um desenho infantil. Nenhum profissional conversando, indagando, cantando ou ofertando presença qualquer outra que não fosse a assunção de tarefas à margem do contato que humaniza (de existência, de alteridade). Funcionários, alguns no banheiro realizando ações como banho, troca de fraldas etc., outros em movimento nos corredores empurrando alguma cadeira, utilizando um pedaço de tecido para limpeza da saliva que escorria de alguns; estavam sempre realizando alguma tarefa e foram pouquíssimas vezes flagrados em diálogo ou qualquer investimento que não fosse da realização diária do “formigueiro”.

Ao percorrermos tantos e longos corredores com seus muitos dormitórios, um menino, ainda pequeno, em uma cadeira de rodas chama minha atenção com seus olhos vibrantes. Chamava-se Enrico. De pronto, estendeu seus braços e eu o peguei, sem hesitar, cuidando de nos encontrarmos de forma confortável no encaixe dessa acolhida. Mais uma vez o embaraço institucional, da freira e da funcionária que estavam perto dele, diante de uma ruptura no contexto do cuidado automatizado. Perguntei se havia algum problema por segurá-lo. A funcionária disse que eu deveria tomar cuidado com a forma de fazê-lo para que não o machucasse; pedi então que me ensinasse e passamos a próxima meia hora juntos, Enrico e eu.

Ele tinha 3 anos, era entusiasmado, sonoro, expressava seu querer viver, e isso era escasso naquela rotina organizada para os cuidados de sobrevivência com os corpos de tantas pessoas. Eram mais de cem, entre crianças, adolescentes, adultos e idosos. Eram pessoas. Com deficiência. Institucionalizadas. Todas com histórias marcadas pelo passaporte de entrada e pelas poucas notícias de saída, e quando digo saída, incluo passeios.

Enrico fora diagnosticado com paralisia cerebral, sendo essa a primeira característica que nos foi apresentada. Depois nos contaram que ele tinha dois irmãos mais velhos com o mesmo diagnóstico, mas que apresentariam casos ainda “mais graves”. Essa foi a justificativa apresentada quando indagamos sobre o motivo de ele não estar assistido em um serviço de acolhimento para crianças e adolescentes, considerando que, nas orientações vigentes, a especialização de atendimento segregada não mais se sustentava. A freira responsável disse que nenhum serviço no território apresentou condições para cuidar dos três.

Ao perceber naquele momento que Enrico fora condenado a viver ali, talvez uma vida inteira, fui invadida por uma tristeza profunda, pois imaginei a dificuldade de argumentar com quem fosse preciso — a assistência especializada insiste em ocupar o lugar de predileção na

perspectiva de cuidado quando este vai se confundindo com uma prática de tutela. Ao ver os adultos e idosos, ouvir sobre suas histórias, escutar sobre a forma de pensar que organiza a instituição, entendi que talvez Enrico fosse crescer ali, tendo aquela vitalidade massacrada dia a dia pela ausência de relação, pela ausência de investimentos que pudessem extrapolar a fundamental tarefa de mantê-lo limpo e bem alimentado, a tarefa da sobrevivência.

Os esforços que podíamos investir foram feitos, dos ditos aos escritos, no presente da visita, nos dias pós-visita. Foi preciso mais uma visita, um ano depois, verificando as mesmas condições, uma jaula de madeira renitente, um Enrico estampado no *outdoor* da fachada institucional. Foram precisos três anos para conseguir a atenção de uma promotora de justiça que pudesse apostar em movimentos que num momento deixamos de acompanhar. Para Talita e Enrico, talvez poucos frutos dessa insistência, pouca colheita dos efeitos, mas para outros a forte esperança de talvez um porvir.

Narrativa 3. “Aqui é onde o diabo perdeu as botas”

Era um lugar afastado do centro daquela cidade. Característica rural. Eram alguns terrenos sequenciados, chegamos a um deles. O motorista afirmou: finalmente, é aqui. Chegamos. Onde estaria a casa? Era um terreno plano, gramado, ao fundo um telhado que revelava haver uma casa no nível abaixo, atrás do pequeno horizonte verde. Onde estávamos, havia apenas um carro estacionado. A promotora de justiça a quem acompanhávamos era firme e ágil, desceu logo, apressou-se com urgência a chegar no limite do terreno e ver o que ocorria, pois carregava o peso das informações disparatadas que havia escutado sobre o local e já sabia que não dispunha da ingenuidade que protege a muitos. Na contramão, apressou-se também uma mulher que saía do acesso à casa, interceptando a entrada da promotora.

A mulher que apareceu olhou-nos com desprezo, indiferença, ou medo travestido, não sei dizer. Perguntou o que fazíamos ali. Tinha a postura ereta, afirmativa, vestia uma camiseta e um short ou uma calça, não me lembro, sei que o cós estava baixo, bem baixo. Era uma mulher jovem, branca, de cabelos presos num rabo de cavalo baixo, meio despenteada. Parecia não se importar, muito menos esperava receber alguém, mas parecia esperar que quem chegasse logo fosse embora. No encontro com a promotora, ela defrontava-se com uma outra mulher, de estatura baixa, usando saltos, extremamente elegante, também ereta, também afirmativa, vestia uma instituição inteira e sabia disso. Esta esperava ficar ali o quanto fosse preciso.

Atrás dela, estávamos eu, a psicóloga, e o assistente social, parceiro nessas rotinas, que caracterizavam nosso trabalho, inclusive as visitas às Instituições de Longa Permanência para idosos (ILPI) nas quais acompanhamos essa mesma promotora neste município tantas outras vezes. Também nos acompanhavam a oficial de promotoria e o motorista. Não me recordo o que vestíamos, mas me lembro de cada coisa que carreguei deste dia e de cada encontro singular que experienciamos.

Todavia, para ainda falar do vestir, se há uma lembrança que não me desacompanha é das roupas de uma senhora negra, única, que, neste dia, trocou-se, aprontou-se, trouxe os seus poucos pertences numa bolsa e aguardou conosco o momento de partida daquele lugar algumas horas depois. Seu nome era Catarina e voltaremos a este momento bonito dividido com ela.

Para contextualizar os bastidores desta visita, um dia antes dela, a promotora nos ligou: “Consegui finalmente o endereço da Casa da Sirlei, vamos comigo amanhã? A pessoa que me deu veio até aqui fazer uma denúncia, disse que nos leva até lá e tem que ser logo porque essa mulher sempre muda o endereço e engana todo mundo.” Numa das visitas que fizemos com ela, já havia comentado que, além das 13 instituições que ela fiscalizava — as quais nós acompanhávamos inclusive desde antes com uma promotora anterior —, existia uma ILPI sobre a qual ela ouvira denúncias de maus tratos graves e nunca conseguira acessar pois nunca conseguia o endereço correto e por duas vezes tentou encontrar sem sucesso. Dessa vez, alguém chegou ao tal serviço e em seguida buscou a promotoria de justiça, relatou sobre o mal-estar que sentiu e disse que estava disposta a levar a equipe do Ministério Público até o local.

Esta pessoa era a coordenadora de uma das ILPI fiscalizadas no município e nós a conhecíamos de outras oportunidades. Era enfermeira de formação. Sua instituição caminhava com dificuldades, apesar de caminhar; no seu serviço, quando fomos a primeira vez, nos deparamos com a situação absolutamente impensável, chocante inclusive, onde os idosos eram alimentados com mamadeiras e quando questionamos, atônitos, foi-nos respondido que usavam mamadeiras porque os idosos gostavam... E foi todo um trabalho neste serviço, só para discutir esse pequeno enorme não detalhe que desvelou a perspectiva da velhice com a qual trabalhava esse serviço, mas esta foi outra história. Fato é que se faz importante esse cenário, pois foi esta coordenadora, do serviço das mamadeiras, que genuinamente procurou a promotoria para denunciar o tal “serviço” que esta narrativa retrata.

Ela havia recebido pessoas de uma família que tinham ido visitar um parente acolhido na tal Casa da Sirlei e ficaram preocupados com o tratamento que estava sendo dado ao idoso,

pedindo que a coordenadora desta ILPI outra recebesse o senhor, como numa transferência. A família pediu que ela mesma fosse buscar. Passou o endereço. Eis que, depois deste quase resgate terceirizado, a enfermeira-coordenadora-das mamadeiras procurou a promotora pois o que viu lá “não era certo”. Não entrarei aqui nos meandros da violação do direito à manifestação deste idoso que estava sendo “removido” por uma terceira pessoa a pedido da família, sem direito qualquer de escuta e fala e que seriam pertinentes noutros tantos contextos — deixo posto.

Estávamos acostumados a entrar em contato com realidades bem difíceis neste município ao adentrar a diversidade e precariedade das ILPI e outros serviços de diversas naturezas. No geral, os encontros eram marcados pelo inesperado, as casas muito simples, muitos idosos sem entender onde estavam, por que habitavam ali e não a sua morada, alguns não idosos, saídos de outros lugares de internação dadas questões psiquiátricas — nada incomum. Serviços neste município sempre foram impactantes, e muitas vezes tristes, cicatrizes feitas da debilidade de uma não rede, de um histórico cultural de institucionalização da não norma e, como víamos, também da velhice, aliada ou não à loucura.

Esses serviços pareciam emergir de iniciativas familiares, pessoas do território, de raízes nesta história local, talvez uma oportunidade de renda ao acolher pessoas que pareciam sem lugar de pertencimento na família ou na comunidade. Todavia, mesmo que infelizmente familiarizados com o desespero da violabilidade não rara, não estávamos prontos para aquele encontro com Sirlei e todos aqueles que por ela eram des-cuidados.

Voltemos agora ao encontro entre aquelas duas mulheres quando chegamos...

No acesso — no entre a terra plana e o não visível da casa —, Sirlei apenas disse que esperássemos, sem qualquer embaraço, justificou que prenderia os cachorros. Também sem qualquer constrangimento a promotora se colocou no alto do terreno, na possibilidade de ver abaixo daquele verde vazio e invadir a realidade com a qual, da estrada, ninguém podia conectar-se. Nós, ali, na promessa incômoda que a espera imposta anunciava.

De cima víamos uma fila de “quase” pessoas, seguiam ordenadamente o mando silencioso, emitido pelo olhar de Sirlei. Algumas levavam pratos de comida, sem parar de comer. Enfileirados eram tocados, como gado, para um ambiente mais ao fundo do terreno. Nitidamente assustados, irrevogavelmente obedientes, seguiam a marcha o mais rápido possível dado o inesperado da estranha chegada durante a refeição. Ali, uma estrutura de casa, mas não havia casa, a construção de sentido era outra.

Sirlei olhou para o alto, avistou-nos, novamente emanou a indiferença no olhar. Disse ao grupo que continuassem. Voltou-se a nós, disse que podíamos descer. Só isso. E seguiu

para o fundo, onde se posicionou no último degrau acima do local, encostou-se na parede e seguiu com seu olhar que parecia vivo, não no afeto, mas na condução da cena.

Chegamos logo, era o fundo da não-casa. Havia mesas, bancos contínuos, espaço para várias pessoas. Mais nada. O não-refeitório, o não-espaço de convivência daquela não-casa. Eram mesas, bancos, nós, eles-elas e Ela. Na borda deste espaço meio fechado e meio aberto, alguns lugares cercados, como antigos canis ou viveiros. O dentro eram roupas e lixo, sem muita discriminação. Lixos. Todas as (ainda “quase”) pessoas olhavam para baixo, costas curvadas, algumas olhavam para os lados, mas sempre baixo. Só um olhar se destacava na angulação, o de Sirlei. Por alguns instantes apenas o silêncio do revirar de sons internos experimentados no encontro com o bizarro da cena, com a tristeza de algo inominado ali. Se não era casa, também não era um serviço; isso era certo.

O mau cheiro das pessoas provocava imenso mal-estar, a condição de absurdo que ele nos remetia era desolador. O odor do local também se destacava e em alguns momentos, de onde vinha o incômodo de olfato, não era distinguível. Visitando as anotações de meu caderno a respeito daquele dia, percebo que repito três vezes a descrição de um cheiro insuportável. Era cheiro de humanidade esquecida.

Eram na sua maioria velhos, mas também havia jovens, especialmente uma moça negra, bem jovem, que nos chamou atenção. Ela não se aproximou, em nenhum momento, o olhar profundo que levava ao que não víamos, convidando a uma tristeza abissal na realidade que por aqueles instantes habitávamos. Silenciada estava e assim permaneceu.

Algo irrompeu a inércia do espanto: o rosto de um homem estava sangrando. Então, nosso primeiro encontro, era Marcos. Aproximei-me, ele tremia, mal conseguia dizer seu nome, as palavras saíam com dificuldade, não só pelo nervoso que aparentava sentir, algo no corpo também o obstaculizava na fluência das palavras. Perguntei o que havia acontecido, na ingenuidade de um cuidar da emergência óbvia do vermelho a escorrer, e ele disse, de novo com dificuldade para pronunciar, que tinha caído, repetiu mais vezes seguidamente “Eu caí. Eu caí. Eu caí.” Entendi; alguém talvez o tivesse caído. Tentei pensar rápido e perguntei o que tinha acontecido a Sirlei. Do alto dos três degraus que transpareciam toda a diferença das posições relacionais no ambiente, ela respondeu seca “Ele caiu.” Perguntei por que ninguém havia feito nada, portanto, já que ele sangrava, e pedi com firmeza que ela buscasse algo para limpar o sangue.

Sirlei foi breve, mas o tempo foi suficiente para que a mulher ao lado de Marcos, uma senhora que parecia reservar em si um pouco de coragem e ousadia, olhou para mim e disse baixinho: “ela bateu nele”, apontando com a cabeça para o lugar onde estava Sirlei. A

promotora já estava próxima e ouvira. Sirlei trouxe um papel, pedimos que ela limpasse, assim, ela o fez, de qualquer jeito. Marcos ainda tremia, mas agora, “mais pessoa”, ele olhava para nós. E, percebemos, ele não era o único que começava a voltar seu olhar para cima.

É difícil lembrar como aquela cena se dissolveu e deu lugar aos momentos que se seguiram, tamanho fora o choque com aquela realidade-pesadelo; assim, todos estávamos um pouco à deriva. A promotora, com sua firmeza característica, dirigiu muitas perguntas a Sirlei, disso me recordo bem. Sirlei as respondia com dribles e des-respostas, mas fato é que as pessoas passaram a circular desde então e nos encaminhamos com Sirlei para algum lugar. Ela apresentava o ambiente agonizante como quem exibia um serviço qualquer com alguma seriedade, todavia, sempre o tom de indiferença, sempre o mesmo olhar como quem se perde no horizonte da ausência de afetos.

Quando perguntada sobre o tipo de atendimento prestado, aquela, que se portava como a dona do lugar, disse que tinha a casa ali e que as pessoas passavam o dia e depois iam embora para suas casas, simples assim. A promotora perguntou como ela levava as pessoas para casa. Sirlei apontou o automóvel que estava estacionado no terreno verde plano. Tenho quase certeza de que era um Gol. Novamente a promotora a interpelou, dizendo que seria um absurdo, pois eram muitas pessoas. Ela só balançou a cabeça e reafirmou que era assim, fazia várias viagens. Aquele tom mesmo. Esforçou-se a acrescentar que de vez em quando alguém precisava dormir e daí ficava, ou alguém vinha buscar.

Perguntamos sobre “recursos humanos”, se seria apenas ela que ficava responsável pelos “cuidados”, inclusive porque enquanto ela levava as pessoas embora alguém estaria com o grupo que aguardava. Perguntas. Silêncio. Alguns minutos depois apontou para um dos rapazes que estava com o grupo, um rapaz grande, sério, disse que ele a ajudava. Mais tarde conversamos com ele, seu nome era Rodolfo. Sirlei mostrou a cozinha, quase não havia nada de comida, pouca coisa e pouca diversidade. Quem estava no fogão era o próprio Rodolfo.

Perguntamos sobre atividades cotidianas. Silêncio. E continuou caminhando para continuar a aborrecida excursão pelo lugar. Deste jeito. Entre o silêncio e o tom da indiferença.

A esta altura era óbvio: aquilo não era um serviço, não havia nenhum cuidado com o público que ali habitava, todavia, também não havia dúvida de que aquilo configurava uma estadia, obviamente indigna, mas estadia com permanência. Não havia dúvida: nada que ela relatasse teria algum compromisso com aquelas pessoas ou mesmo conosco, mas, no embaraço do momento, perguntávamos aquilo que podíamos, compondo a cena que ela fragilmente montava sem nenhum interesse efetivo. Fazíamos perguntas para ir ficando, para

ir vendo, para ir escutando, ir sentindo, ir pensando. Também no absurdo era preciso ganhar tempo.

A não-casa tinha, então, uma cozinha, do lado um sofá sujo, duas pessoas sentadas, uma ainda comia, tinha migrado de volta com o seu prato para esta pequena sala voltando do espaço dos fundos para o qual tinha sido inicialmente tocada. Esta disse que estava gostoso e preocupou-se em destacar que só passava ali o dia, sorriu para nós, depois acrescentou que de noite ia pra casa, sorriu de novo — parecia apenas repetição de texto. Era uma mulher. Passando desse acesso à cozinha, verificamos um quarto e depois outro. Este último era de Sirlei, o mais arrumado, mas também habitação da escassez, tinha uma cama e algumas imagens religiosas sobre um armário, um espelho. Isso era tudo. O outro quarto tinha leitos. Mais nada a declarar. Quando perguntada sobre a função das camas todas, mais silêncio, sem qualquer incômodo, visível, ao silenciar.

Do lado de fora, outro “quarto”, com acesso externo apenas. Na porta, uma tranca externa para cadeado. As paredes sem reboco. Um beliche, colchões sujos sem lençol e um sofá outrora aposentado. Não havia ali luz elétrica. O odor era ainda mais acentuado dentro deste cômodo. Atrás da porta encontramos um balde cheio de dejetos. Sirlei disse que era o quarto dos homens. Do lado de fora deste quarto, um canil, dois cachorros, latidos sem ter fim.

No tal sofá, havia alguém deitada, uma pessoa magra, franzina, pequena, vestia uma blusa rasgada, as calças estavam ali, mas arreadas. Um pouco depois soubemos que aquela mulher, branca, exposta era Yolanda, uma senhora já. Yolanda não demonstrou se afetar pela nossa presença no ambiente, continuava deitada de costas para a porta, lá no sofá, entre o não reboco, os dejetos, a iluminação pouca. Vimos Yolanda em outro momento sentada do lado de fora, a calça então erguida, mas não falou conosco ou marcou influência dessa nossa estadia momentânea. Yolanda parecia esquecida de si em outro lugar. Alguns disseram que Yolanda era muito brava. Isso foi o que nos foi contado de Yolanda. Só isso. A ausência de Yolanda só me fez pensar que, para romper a apartação de si mesma, como uma convocação de existência em si, talvez a fúria fosse necessária mesmo.

Uma pausa breve nas memórias deste dia para buscar outras que julgo bastante importantes. Dois anos depois, visitávamos uma instituição de longa permanência para idosos num município vizinho a este. Minha surpresa quando encontro Yolanda internada nesta instituição. Neste local estava limpa, estava vestida, mas ainda deitada num sofá. Coincidência triste? Meu coração se encheu de paz ao vê-la em lugar de condição de dignidade infinitamente mais presente. Perguntei sobre ela, quis confirmar o nome, quase não

acreditava neste encontro. Teria minha memória guardado assim aquela feição de rosto e de corpo? A coordenadora da ILPI confirmou, seu nome era Yolanda. E continuei: De onde veio? Perguntei, ainda desconfiada da fidelidade de minhas lembranças. Ela respondeu que não sabiam o paradeiro anterior direito. Como veio parar aqui? Perguntei de novo, revelando, nesse momento, que achava que a conhecia de outro lugar.

A coordenadora deste serviço tranquilamente disse que quem a trouxera foi o cônjuge e que a única coisa que sabiam é que ela veio de outro serviço. Perguntou, depois de pensar um tico, sobre como era o local de antes, explicou que quando ela chegou estava brava igual um bicho e eles achavam que ela devia ter sofrido maus tratos no local, mas não perguntaram para a família os detalhes. Disse que quando encostavam nela era caótico, não aceitava o mínimo do cuidado no corpo; banho, por exemplo, foi grande processo e agora ela “aceitava” o toque. Não tive dúvida, era Yolanda, agora mais protegida neste outro lugar, então cuidado, todavia, ainda murado e ainda sozinha. Ainda que aliviada — que difícil me deparar com essa sensação —, meu coração se encheu de tristeza ao perceber que Yolanda ainda era um alguém no sofá sem história de si que ela ou alguém pudesse contar.

Voltando à casa de Sirlei, perguntamos sobre o custo, afinal se era um discurso relacionado à natureza de um serviço, haveria um argumento para fins de remuneração, lembrando que a esta altura não esperávamos informação fiel, mas mantínhamos o ritmo da cena de uma visita institucional enquanto assimilávamos toda aquela experiência. Sirlei disse que cada um pagava alguma coisa para estar lá, as famílias principalmente, e era isso, nada sobre valores etc.

Mais tarde, durante conversa com algumas pessoas já distanciadas dela, contaram que os Benefícios de Prestação Continuada (BPC) de alguns era recebido direto por ela, outros disseram que a família pagava um valor e que ainda de outros ela recebia a aposentadoria. Houve um destaque para a aposentadoria do Sr. Osnil: todos com quem conversamos eram cientes de que era o valor mais alto que ela recebia. Pudemos conhecê-lo durante nossa estada e gentileza era uma característica evidente.

É importante dizer que, no geral, as visitas às ILPI desse município proporcionavam impactos diversos e incômodos, não só, mas prioritariamente. Estou falando de lugares com pouca estrutura, sustentado muitas vezes por recebimento de BPC, aposentadorias mínimas ou por mensalidades que não passavam de dois salários-mínimos pagos pelas famílias, salvo algumas exceções, que, neste caso, acabavam por suprir a ausência de pagamento de outros residentes. Este era um município onde a experiência de envelhecer, enlouquecer, portanto, até de ser poderia ser de grande dificuldade, pois fazia parte de um território cuja história foi

marcada pelo movimento de “acolher” a segregação. Por isso, então, a relevância de destacar que aqui, neste caso, a miséria de oferta observada era diferente: havia nada, inclusive nada de prestação de contas acerca da renda de cada uma daquelas pessoas. Não era uma situação irregular apenas, ela era ilegal.

Dado momento, a promotora de justiça havia se afastado, estava perto do nosso carro, entrava em contato com a gestão do município, em especial com a assistência social, agia, estava decidida a fechar o local por qualquer via possível. Fomos atrás dela brevemente para saber se havia alguma demanda imediata. Indagamos sobre o que poderia ser feito depois do fechamento: era preciso sair, mas também era preciso ter destino para ir. Ela havia pensado algo, sabíamos, queríamos ajudar a elaborar. A articulação seria feita via assistência social municipal com um equipamento estadual que funcionava dentro do município, o qual já havíamos visitado anteriormente. Era uma proposta singular, acolhia demandas de saúde mental. Havia muitas questões quanto a este lugar e, sobre a incompatibilidade de perfil de algumas demandas, era preciso inclusive avaliação individual de cada pessoa, mas eram, de longe, questões insignificantes naquele momento em que a urgência era da dignidade mínima. A promotora de justiça contatava a polícia também, confirmou que haveria o fechamento.

Voltamos para dentro da não-casa; íamos ficar perto daquelas pessoas até que todos os reforços chegassem.

Ao retornarmos, decidimos nos encontrar com as pessoas, então, elas puderam trazer-se um pouco, dividir fragmentos de histórias de fora, mas também de dentro daquela jornada tão soturna. No início, aproximou-se um número considerável de pessoas, umas mais desconfiadas, outras mais crentes na inesperada ajuda, mas ali estavam, cada uma de uma forma. Começamos a puxar assunto, sobre eles, não diretamente sobre o lugar, queríamos apenas estar junto e ver o que podia acontecer. Houve um momento em que uma das mulheres me pediu um espelho, queria ver-se. Achamos que podia ser por aí... podíamos estar ali para enxergar. Assim, mergulhamos nesta proposta; comecei sacando meu celular para tirar fotos deles e mostrar a cada um, o que foi um momento de muita descontração, descontração que levou a alguma confiança, confiança que nos levou a memórias e relatos de uma situação de violação de direitos humanos real, terrível, dolorosa. Fomos — eles, elas, eu e o assistente social, parceiro ali — presentes em atenção íntegra.

A mais falante era Veridiana, era jovem, branca, desenvolta, falava rápido sem pausa, repetia as informações como quem precisasse ser escutada com confirmação, olhava, interpelava, perguntava se estávamos entendendo. Diante de Sirlei, calada, mas, quando isenta da figura de ameaça, acelerava a toda velocidade. Veridiana nos contou que tinha 39 anos.

Uma das primeiras informações que quis dividir foi de que era atendida no Centro de Saúde Mental no município. Ela foi interrompida por duas pessoas aparentemente ainda mais jovens, uma delas pergunta “Posso falar moça? Posso falar moça? Eu quero ir embora!” e ficou um tempinho ali.

Veridiana quis retomar, contou que antes estava na “Casa da Magali”, foi quando um outro senhor emendou “Eu também”. “A Magali emprestou eu pra ela”. (Emprestou). “Quando a Magali abrir de novo a gente volta.” Mais tarde viemos a saber pela promotora de justiça que Magali era também uma pessoa que estava “cuidando de forma irregular” de algumas pessoas numa casa que foi interditada e fechada, mas explicou que a situação era menos precária que esta. A condição deste senhor “emprestado” ecoou por algum tempo em mim... ele foi emprestado, ele foi emprestado, ele foi emprestado...

Veridiana continuou na marcha veloz, contou que tinha um advogado, Dr. Mariano era o nome. Ele teria vendido a sua casa e ela repetia que o dinheiro do imóvel ficara com o marido e com o advogado e que a gente precisava falar com ele para ela poder ir embora. Falou algumas vezes que queria sair dali, era bem direta, disse que ali quase todo mundo apanhava da Sirlei e afirmou que quando ela bate, “bate pesado”. Quando Veridiana falou abertamente da violência, pareceu autorizar a todos no entorno que se des-silenciassem.

Alguém disse que Sirlei castigava, trancava e não deixava as pessoas tomarem banho. Outro disse: “eu já fiquei três dias sem poder tomar banho e escovar os dentes, já vi gente ficar até 20 dias, de castigo.” Outro: “E ela tranca mesmo, põe na solitária”, outro “na masmorra”. Um disse que às vezes ficam sem comida, ou comem arroz e feijão apenas, aquele dia não tinha tido café da manhã. Não me lembro quem desesperou-se em contar que ela medicava a todos e nem sabiam o que tomavam. Outro, triste, relatou que alguns dormiam no chão. A contar pela não correspondência do número de camas e de pessoas, essa era mais uma dura realidade.

Veridiana seguia conquistando espaços para falar, dizia que gostava de desenhar quando lembrou que já havia passado por 20 internações diferentes, lembrou de ter estado no “Cachoeirinha” e no “Vera Cruz” e que, em casa, se estava em crise, quebrava tudo, daí voltava para a internação. Nomeou assim: “o que eu tenho é esquizofrenia”. E tudo isso vinha vindo, ela falava na ordem que as coisas lhe apareciam, e a partir dali ficou sempre próxima a nós, costurando seus fios de memórias lançando mão de suas próprias linhas e agulhas de sentido. A história do advogado ela repetiu em momentos diferentes, assim como seguiu a pedir que o contatássemos. Outras pessoas queriam falar, às vezes ela abria brechas, mas sem

se conectar com o assunto em si aparentemente. Veridiana reclamou que ali, na Sirlei, ela pegou piolho.

A senhora Ana falou pouco, mas dividiu que trabalhava no Teatro Municipal de São Paulo, trouxe memórias do local, como quem estava num sonho, vivendo um passado em nuvens. Se ela parecia desligada do que estava no entorno, logo manifestou sua atenção ao contexto; Sirlei passou andando e ela se fez escutar alterando a voz em forma e volume: “Aqui é o paraíso”. Pronto, Ana passou de nefelibata a pessoa consciente em perigo, em segundos. A força da ameaça. Foi a partir do resgate de uma identidade profissional trazida pela senhora Ana que outros puderam falar de trabalhos, gostos, fazeres. Ana, sem perceber, havia feito um convite bonito.

O senhor Osnil — aquele conhecido por ter a aposentadoria que seria mais rentável para Sirlei —, docemente, contou que gostava muito de escrever em seu caderno. Lembrou que já trabalhou muito, ou em bar ou em armazém. Ele sorriu. Eu sorri ao lembrar que bares e armazéns costumam ter cadernos para as vendas, mas isso era meu. Preocupou-se em destacar: “mas eu sempre fui empregado, nunca um patrão”.

Havia uma senhora negra de olhar muito curioso, estava em silêncio até então, ela era Catarina — a senhora sobre a qual falei brevemente no início desta narrativa. Disse que estava há um ano com Sirlei... “Minha filha me deixou aqui.” Era cabeleireira no pico do Jaraguá. Sabia de onde vinha e repetia com veemência que queria ir embora e logo começou a discorrer sobre os seus motivos: “Eu preciso tomar um banho, me arrumar, sou mulher!” “Tenho 14 netos.” “Olha esse cabelo branco filha, num pode ficar assim, preciso passar uma prancha.”

Catarina destacou: era uma mulher, e com os seus olhos já marcados pelo tempo e cheios de lágrimas ela fez questão de levantar a saia para nós, revelando que usava uma cueca porque Sirlei disse que tanto fazia, que podiam usar qualquer coisa. Catarina estava triste, mas não expressava vergonha ao expor a situação que vivia, queria mudanças e elas pareciam não lhe oferecer temor algum, lhe eram urgentes. No cabelo ela tinha uma fita de cetim vermelha, em laço, fiz-lhe um elogio e ela em resposta abriu seu sorriso de gente com brilho e disse: “Eu faço o que posso, filha.” Ela não saiu de perto de nós também, às vezes falava e falava, outras vezes observava, escutava, como alguém que adentra e se retira. Entre uma fala e outra, perguntava: “Mas vocês vão levar a gente daqui mesmo, né?” Catarina era daquelas pessoas que simplesmente emocionam.

Catarina, em meio a um desses arroubos de fala, contou que há poucos dias Sirlei tinha batido nela, uma “surra mesmo”, “bateu, chutou a barriga, deu soco, ameaçou de morte”.

Catarina disse que Marcia também tinha apanhado muito havia mais dias, “levou um murro na cara e ficou toda inchada”. Imaginei que sim, Catarina teria apanhado, era altiva o suficiente para incomodar o poderio autoritário que percebemos desde a cena da escada há poucas horas atrás, era viva, existia por demais. Catarina ousava, não se ausentava de ser, mesmo ali.

Veridiana e Catarina contaram juntas que Marcos (aquele mesmo senhor que encontramos ferido logo na chegada) costumava apanhar mais do que os outros, afirmaram com toda convicção: com ele os castigos eram quase diários. E com Marcos, bater não bastava, Sirlei também costumava humilhá-lo: “Às vezes ela faz Marcos vestir roupas de mulher e dançar no meio de todo mundo.” Aqueles que estavam ao lado não desmentiram. Catarina disse que às vezes Sirlei pegava uma tesoura e cortava as roupas das pessoas. Afirmou: “Aqui é onde o diabo perdeu as botas.”

Douglas foi direto e pontual, talvez lhe tivesse invadido o compromisso de falar de si, ali, naquele movimento de atrevimento de existência, no qual as pessoas podiam ser pelo menos um pouco, cabiam, não sei ao certo. Só sei que emergiam na relação aberta e inesperada conosco, embaladas por alguma esperança de escuta, reconhecimento, quiçá de partida do inferno onde o diabo tinha perdido as botas. Douglas tinha 42 anos, trabalhou como office boy por 7 meses, já tinha sido pedreiro, autônomo, disse que com 16 anos começou a ter problemas mentais, “esquizofrenia, bipolar e depois o crack, fui interditado”. E foi isso.

Quem se aproximou aos poucos foi Rodolfo, ele era jovem, não menino, mas adulto com um olhar que proporcionava trânsito entre sensações como dureza e ingenuidade, era próximo e afastado, era estranho de provocar estranheza, mas não medo. Ele era o rapaz cuja função de auxiliar foi atribuída por Sirlei quando questionamos se ela trabalhava sozinha outrora. Ele chegou perto, falando bem baixinho, disse que ouviu ela dizer que ele trabalhava para ela, logo esclareceu que não, disse que ele era “paciente” como todos os outros, mas que às vezes tinha que fazer coisas que ela mandava e que ele não queria, mas que se ele não fizesse “sobrava pra ele”. Veridiana havia dito antes dele se aproximar que ele era responsável pela maioria dos castigos físicos, mas já trouxe essa informação com a percepção de que ele não tinha muita escolha: “Ela usa ele porque ele é forte e ele tem medo dela.” Rodolfo sussurrou, como quem teme, mas encontra forças para enunciar: “Eu quero muito sair daqui.”

Enquanto todo esse encontro acontecia, havia uma movimentação esquisita dentro da casa e um passa-passa de gente vez ou outra; acho que não mencionei, mas todas as conversas aconteceram na parte externa da casa, próximo da entrada da cozinha, de forma que víamos movimentos nesse ambiente de alguma forma. Há algum tempo não víamos Sirlei, fato que permitiu, inclusive, tantas partilhas. Percebemos algumas pessoas mais distantes falando

baixinho, até que uma delas veio até nós para pôr à vista: “Ela está mandando as pessoas se esconderem.”

Fomos procurá-la. Sirlei estava no banheiro, dentro da casa. Fazia a barba de Osnil, que estava imóvel, de olhar retesado. Cena insólita, como uma brincadeira de exercer cuidados que não cabiam na realidade, espaço-cisão. Sirlei até sorriu. Corremos a casa, o fundo, dentro, na frente, percebemos que faltavam rostos que havíamos visto. Contamos. Faltavam 7 pessoas. Sabíamos porque, logo no início, Sirlei havia dito que ali ficavam 10 pessoas, quando era indubitável haver mais no grupo ao fundo da casa em nossa chegada. Decidimos então contar e saber os nomes, um a um. Quem pôde ou quis disse por si, quem não, foi apresentado por outro ou outra. Conseguimos identificar, então, 18 pessoas com seus nomes. Eram 7 mulheres e 11 homens. Alguém fez questão de evocar a lembrança de uma mulher que teria morrido há uma semana, o seu nome era Nereide. A indiferença e o silêncio eram marca do discurso de Sirlei, não das pessoas “pacientes” que ela descuidava.

Onde teriam ido parar essas 7 pessoas que se ausentaram do espaço comum da “não-casa”? Entre as questões e a procura no entorno, a promotora de justiça retornou, fomos chamá-la para pensar a ação diante de mais uma excentricidade espantosa. Já no limite da cordialidade, tão presente em outras situações que vivenciamos com a promotora, ela agigantou-se e quebrou a força do cinismo de Sirlei, que tentara, em vão, responder que não faltava ninguém. Sua presença, tão tamanha, fez Sirlei silenciar, desta vez diferente. Sirlei encaminhou-se para o barranco que ladeava o terreno e a vimos gritar o nome de uma mulher e então a percebemos sentada lá embaixo, em meio à vegetação. Com ela levantou-se outra. Voltavam.

Enquanto isso, Sirlei e a promotora à espera da subida, Rodolfo alertou-se e nos alertou: “A gente vai embora hoje? Porque se a gente ficar aqui ela muda com a gente, a gente já foi até pra barraco, uma vez ela se sentiu ameaçada e gente ficou dias num barraco escondido.” Foi quando Veridiana evidenciou a estratégia de Sirlei, ela estava escondendo aqueles cujo controle de benefício e aposentadoria era diretamente feito por ela e ainda aqueles que lhe rendiam valores mais significativos. Pessoas e rendas. O “lucrativo” que parecia render nada além de calças baixas que não cobrem o mínimo da própria dignidade, uma cama, algumas imagens religiosas, um armário, um espelho e o medo de outrem. A miséria e seus infintos limites.

Foram voltando, os sete “tesouros de Sirlei” e eram 18 novamente. A promotora de justiça, já segura dos encaminhamentos, já articulada com diferentes órgãos que acionou, já intolerante com o descaso desumano que presenciava, revelou a todos: iriam embora logo

mais. “Graças a Deus.” “É verdade? Nós vamos embora?” “Posso pegar minhas coisas?” etc. À parte das possibilidades e limitações das mais diversas, a realidade esperançosa se impunha como luz do Sol em dia de tempestade. Para nós a promotora confidenciou: “Ah eles iam embora daqui hoje, nem que fosse pra minha casa.” Nossos corações também se enchiam de afeto... afetos, acho.

Depois de tudo isso, é bom que se compartilhe: houve desdobramentos e as pessoas foram embora, naquele dia. Teve polícia, teve enquadramento de flagrante, mas não por maus tratos e sim por uso de medicação controlada sem receita, pois era o viável legalmente, ainda que não satisfaça. A equipe do município verificou a ausência de documentos pessoais. Os poucos que estavam ali ficavam guardados no carro dela, numa bolsinha, alguns registros de identidade. As pessoas foram encaminhadas para um serviço em caráter de urgência, até que se pensasse individualmente em cada caso, famílias contatadas e histórias seguidas, longe dali. Ainda havia todo o trabalho condizente com cada história, com cada demanda, com cada possibilidade, com responsabilização se preciso. Todavia, é relevante dizer que todos que quiseram foram ouvidos na delegacia, isso a promotora fez questão de encaminhar, todos seriam e foram escutados.

Para ir arrematando a costura das memórias deste dia, volto no momento em que a promotora anunciou que iriam embora dali. Catarina desapareceu de nossos olhos por algum tempo, logo em seguida. Assim que pôde, voltou. Estava trocada, a mesma saia talvez. Sobre a roupa, isso sim, certamente, um casaco comprido, vermelho, combinava com a fita de cetim, esta, intacta. Nos braços, Catarina trazia uma bolsa, dentro da bolsa “Algumas coisinhas. Não tenho muito. Mas o que tenho, eu vou levar”. Na bolsa também vinham sonhos, pois a vida não lhe faltava.

Como imagem preferida de um filme, a recordação mais bonita da qual me lembro é Catarina vestida com a postura de uma mulher livre, as costas eretas, a bolsa na dobra do braço, elegante, a cabeça altiva. A mão do braço solto segurava um cigarro, que apenas ela via, e fumava. Catarina ria e repetia “Eu tô pronta pra ir embora. Eu tô pronta pra ir embora. Eu tô pronta pra ir embora.” Agora, eu também estava.

Narrativa 4. O inusitado que não surpreendeu

Era mais um dia de visita de uma equipe técnica do Ministério Público do estado de SP, adentrávamos uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), um serviço

tipificado na Política de Assistência Social, com vistas a realizar uma análise sobre a adequação do serviço, a compatibilidade entre ações e diretrizes, verificar quanto ao bem-estar dos idosos e idosas, confirmar se as entradas e permanências ocorriam com a anuência de cada um sempre que não houvesse exceção por decisão de terceiros nos casos de tutela justificada e conferida, assim como prevê o Estatuto do Idoso¹⁹; entre outras observações e intervenções necessárias à atuação de um órgão tão relevante no campo da garantia de direitos.

Todavia, tão logo demos início à visita pelo espaço, tivemos um encontro inusitado com uma moça, que não era funcionária. Contou-nos que lá morava com a irmã, também não idosa. Estavam há alguns anos, vieram de outro lugar. Uma delas compartilhou conosco que antes era muito irritada, agora, mais calma, está bem lá. Mais tarde, a gestora do lugar nos explicava que era um caso de “transtorno”, disse que a promotora tinha ciência, pedira que acolhessem as duas dada a ausência de um lugar outro. Ela afirmou que a família não tinha condições de cuidar, disse que “não aguentavam”, então, elas ficavam.

Eram duas irmãs mais um homem, os três não idosos, os três com transtorno, os três sem ter onde ficar, os três com a ciência do Ministério Público. Os três em um universo que totalizava uns vinte residentes e institucionalizados na ILPI da Assistência Social, por motivo de saúde. Nenhum apresentava um Projeto Terapêutico Singular (PTS), instrumento norteador para assistência em saúde mental previsto na Política Nacional, sobre o projeto de cuidado, a responsável apenas sabia dizer que “eram sim atendidos na saúde e sim, claro, tomavam remédios...”

Essa é a narrativa.

Narrativa 5. Mais uma comunidade murada

Sabíamos, era uma comunidade terapêutica. Sabíamos também que havia um processo de investigação desde 2014 que verificava irregularidades no atendimento e tinha como foco apurar sobre a internação de adolescentes. Essa solicitação, inclusive, foi feita pela promotora da Infância e Juventude, que na oportunidade não nos acompanhara. Com ela conversamos posteriormente à visita. Diálogo imprescindível.

Já tínhamos entrado em contato com documentos de órgãos que estiveram lá anteriormente, desde que o Inquérito Civil fora aberto. Aquele local já recebera inspeções de

¹⁹ Assim reconhecido à época, tendo sido mudada a designação para Estatuto da Pessoa Idosa apenas depois disso.

CRM (Conselho Regional de Medicina), COREN (Conselho Regional de Enfermagem), Vigilância Sanitária Municipal, CMDCA (Conselho Municipal da Criança e do Adolescente). O documento emitido pelo CRM era uma fotografia nítida dos descompassos diversos que habitavam a estrutura e que o próprio reconhecia como problemático, evidenciando sem polimento. O procedimento estava sendo conduzido na promotoria de justiça da comarca por uma linha sucessiva de promotores substitutos, depois da saída da titular que o iniciou. Quando chegou uma promotora titular nova no cargo, a solicitação foi encaminhada para o Núcleo Técnico em que trabalho. Por telefone, ela disse que queria entender tudo aquilo e pensar nos encaminhamentos possíveis.

Sobre a análise prévia desses documentos, que chegaram em nossas mãos junto com a solicitação aberta, quero destacar que em 2015 a promotora responsável pela abertura do procedimento entrou com o “*habeas corpus*” de cinco adolescentes, que à época foram “soltos”. Não obstante, a realidade de internação de adolescentes não deixou de ser rotina, como pudemos ver mais tarde.

Último ponto de considerações anteriores à visita: verificamos atestados de alta de alguns “pacientes” e nestes o adendo de que aguardavam a Secretaria de Justiça do município para buscá-los. Justiça! No documento médico de outro paciente, estava a sentença de que este não poderia retornar ao convívio em sociedade dado transtorno justificado. No cenário documental posto havia médicos e condenações.

Chegamos. Localidade remota, rural. No espaço, o afastamento sentido, vivido no percurso para chegada e confirmado nela em si. Soubemos mais tarde, eu e a assistente social que comigo compartia a tarefa, que o lugar outrora fora um convento. E se parecia com um esplêndido retiro.

Na portaria, um senhor. Olhos nos olhos, perguntou-nos as horas. Sem entender, segundos de silêncio. Pergunta de novo mais vigoroso: “As horas!!!” Respondi que horas eram, surpreendida pelo enigma da interrogação em intensidade. “Os nomes.” Segundos de respiro. “Os nomes!!!” Sim, claro, e nossos nomes foram emitidos. “A secretaria é ali, reto.” E apontou uma casa. Pelo estranhamento da recepção não convencional, uma efêmera paralisia nos tomava, pela terceira vez ele repetiu a orientação, mas agora já impaciente: “Vai, vai, vai.”

O senhor que manifestara interesse pelas horas na entrada se chamava Carlos e era residente na comunidade terapêutica. Soubemos mais tarde, ao perguntar se ele seria um funcionário. Todos os dias acordava, fazia sua refeição junto aos demais e se dirigia à portaria, onde ficava quase todo o tempo exercendo uma função única que ele mesmo

atribuía a si. Retornava à casa para refeições e breves descansos. Carlos estava internado no local há anos, sendo um dos poucos casos de contratação individual privada, pois a maioria das entradas se dava por convênios entre municípios e comunidade terapêutica. Mas não falemos em internação voluntária, neste caso, pois mesmo sendo o foco do serviço — em teoria —, não era disso que se tratava o perfil de fato atendido. Carlos fora internado por duas familiares que eram responsáveis pelo pedido e pelo pagamento mensal desta estadia no total de R\$3.000,00. A justificativa exposta: “problemas mentais”, além disso “aqui ele é bem cuidado, coisa que a família sabe que não tem como fazer em casa.” Outrora disseram que Carlos era “alcoolista”. Ele estava no local desde 9 de janeiro de 2014.

Quem nos apresentou esse Carlos, foi Alba, a responsável que durante a visita nos acompanhou quase todo o tempo. Alba perfilou experiências curriculares no campo da saúde mental. Formada em Psicologia desde 1986, teria trabalhado com dependência química desde então, passou por instituição especializada de pessoas com deficiência em Carapicuíba (à qual já havíamos realizado visita em anos anteriores), também fora referência no Hospital Psiquiátrico Santa Mônica em Itapeperica da Serra. Apresentou-se com vasto percurso e imperturbável orgulho. Nessa comunidade terapêutica, chegara em 2005, passando a assumir a gestão, função que no momento era ocupada por seu ex-marido, atual responsável administrativo. Ela estava lá, na recepção que aquele senhor na portaria nos indicou. Ela nos recebeu com sorriso e desconfiança. “A promotora já veio aqui tempos atrás, mas vamos ajudar com o que pudermos.”

Conversa antes de adentrar o espaço de internação. Convênios, dos mais diversos. Cotia (SP), Peruíbe (SP), Cubatão (SP), Aguaí (SP), Aracruz (ES), Colíder (MT), Leme (SP) e algumas vagas específicas diretamente disponibilizadas para a SENAD²⁰. Ninguém do próprio município. Os dois de outros estados: adolescentes. Diante das distâncias disparatadas, vieram nossas indagações, inclusive sobre como voaram as informações acerca das instalações em territórios tão longínquos. Desconversas. Começamos a tatear sobre o terreno das não transparências e, grande chance, das antes anunciadas irregularidades sobre as quais o Inquérito Civil se debruçava. Noutro momento, com a “Lista de Pacientes 2017” em mãos, verificamos outras origens como alguns poucos do município, Jesuânia (MG), Osasco (SP), Taboão da Serra (SP), Cabreúva (SP), Itapeperica da Serra (SP), São Paulo (SP), Jandira (SP).

²⁰ A SENAD, unidade do Ministério da Justiça e Segurança Pública (MJSP), integra, juntamente com outros órgãos das esferas Federal, Estadual e Municipal, o Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas (SISNAD), instituído pela Lei n.º 11.343, de 23 de agosto de 2006. Disponível em: <<https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/conheca-a-senad>>. Acesso em: 28 nov. 2022.

Na lista, informações desencontradas sobre as idades discutidas de alguns “pacientes”. No total eram 52, no entanto a informação durante nossa estada era de 39, dos quais seriam seis adolescentes. Pela lista eram menos adolescentes — pois havia aqueles que chegaram adolescentes, e que ainda eram vistos como adolescentes pela equipe, reconhecidos e apresentados como tal, todavia não mais o eram. O tempo passara, mas, pelo visto, apenas fora dos muros.

Durante nossa estada neste dia, nada fora breve, pois o tempo passava de outra forma, insistindo em se prolongar, pois as vidas eram tantas e era tão pouca vida que não podíamos nos apressar. Era daquelas visitas que convidavam a ficar.

Ao perguntarmos, logo de chegada, sobre o público atendido, Alba engatou a discorrer que encontraríamos pessoas internadas por questões de saúde mental desvinculadas das questões diretamente ligadas ao uso de drogas, fazendo uma “defesa-casada” do atendimento em “mescla”, e argumentando que o “atendimento de dependente químico e de transtorno junto é muito bom pra eles. Os dependentes impulsionam os outros, ajudam.”

Com a delicadeza de quem escutou sua pronta defesa, perguntamos retoricamente se ela tinha ciência de que a natureza da comunidade terapêutica não servia aos propósitos de internações psiquiátricas. Alba se refugiou na solidez das decisões da justiça...

A primeira internação relatada fora o caso de um adolescente, à época com 15 anos, que se deu por uma decisão da justiça. “Eu tinha que acolher né?” E como teriam sabido do local? Alba disse não saber, acrescentou que não teria certeza se já tinha ou não celebrado o convênio com o município. Estado do Mato Grosso. Entendemos nesse momento que estabeleciam convênios de natureza psiquiátrica para quaisquer demandas, ao todo seriam nove. Alba ficou de nos encaminhar os contratos. Podíamos aguardar até hoje... Não houve envio posterior. Mas o que se destacava no discurso de Alba era a não responsabilidade pela equivocada acolhida: tudo havia sido para obedecer a justiça. A justiça mandava. Alba obedecia. A docilidade dos corpos em tantas esferas, mas também nas permeadas pelo cinismo. Afirmativa, ela só atendia as internações voluntárias; “Exceto medidas judiciais.” Quando se esquecia, é claro, da internação de Carlos... as exceções e suas revelações das lógicas-base.

Apenas uma breve reflexão sobre os hiatos de tempo nos relatos trazidos. Alba estava no serviço desde 2005. O inquérito civil fora aberto na Promotoria de Justiça em 2014. Em 2015, a promotora da Infância entrou com um pedido de *habeas corpus* que em tese teria tirado todos os adolescentes à época do local, ou seja, em 2015 não haveria depois dessa ação a presença de adolescentes, certo? Ao mesmo tempo, a internação pioneira à qual Alba se

referia era de um jovem que no dia da visita já estava com 19 anos, cuja idade de entrada no serviço ela disse ter acontecido quando ele tinha 15 anos. Garantiu que antes dele ninguém. Se ele estava lá há 4 anos, então estaria internado no período em que houve o pedido de *habeas corpus*... As informações pareciam estar mais a serviço de confundir do que de fato informar.

Uma das coisas mais distanciadoras em visitas como esta são as constantes desconexões de informações que servem a propósitos perversos e marcam as relações que estabelecemos com os serviços por meio dessas pontes desprovidas de confiança ou como queiramos chamar. No geral, as visitas carregam propósitos de esclarecimentos para fins de adequação e cuidado de diferentes aspectos da vida do sujeito que o campo dos direitos e das políticas públicas costuma abarcar; todavia, quando se estabelece um vínculo marcado pela insegurança das informações, é como se um alerta fosse emitido na direção de uma barreira entre o possível de ser construído e a lógica hipócrita daquilo que se pretende manter à margem do pactuado — o que mantém vivos outros pactos antigos, seguramente manicomialis.

Quanto ao tempo, também é importante dividir que a lista de pacientes trazia dados sobre as datas de entrada e saída (o que incluía projeções para os términos de internação, mesmo para aqueles que entraram há bastante tempo). Havia um “paciente” com registro de entrada em novembro de 2013, que ainda estava lá, e a data prevista para saída seria dali a um mês. Dois haviam dado entrada na comunidade terapêutica em 2014 e tinham datas para saídas dali a alguns meses. Cinco estavam desde 2015 e constavam as previsões de saída “garantidas” no arquivo também. Os demais, entrada em 2016 e 2017, alguns já “saídos”. As previsões pareciam apenas fantasias, vindo desacompanhadas de justificativas de qualquer natureza. Uma cínica lista-escudo.

Mesmo descreditando a tentativa, buscamos esclarecer a Alba sobre a natureza da legitimidade de uma comunidade terapêutica, o que estava ou não no campo de autorização para seu funcionamento, Alba insistia em argumentar, claro. Tinha um responsável técnico psiquiatra, nos informou seu nome e seu CRM, era especialista forense ainda. Compreendia assim: se tinha o profissional, podia atuar, pronto. Não podia. Atuava. Ela repetiu. Nós também. Até que repetimos vezes e vezes para os outros profissionais que se apresentaram pelo caminho, enfermeira e assistente social, e sobre a responsabilidade de todos e todas na pactuação com as irregularidades, nos perguntando se haveria qualquer possibilidade de rompimento por dentro a partir de alguns esclarecimentos, mesmo sabendo dos concretos existentes. Quando se está ali, na cena, é preciso acreditar em estratégias, é preciso tentá-las. É preciso existir para além de testemunhar.

Perguntamos sobre os valores pagos pelos “pacientes”. Eram diversos. Casos de drogadição: média de R\$1.000,00. Casos de transtornos psiquiátricos: média de R\$3.500,00. Daquele grupo de 39 pessoas internadas, ela destacou que dois adultos e três adolescentes foram internados por transtorno mental, apenas homens.

Naquele momento, a suspeita sobre os benefícios outros que a “mescla” de público, defendida inicialmente por Alba, podia proporcionar. Aquele que não deveria estar lá por descaracterização de demanda era o mais rentável. Alba informou ainda que realizavam uma avaliação social, para verificar as condições de pagamento das famílias, tendo casos e casos, valores e valores.

Ainda durante esta conversa que precedeu os portões fechados da internação, na casinha-secretaria indicada por Carlos, Alba falou sobre algumas regras de funcionamento.

As visitas aconteciam quinzenalmente, aos domingos. Saídas para o além-muros apenas depois de dois meses iniciais. Era importante que se adaptassem para “adesão ao tratamento”. Porém: as regras de visita valiam para aqueles que a comunidade chamava de dependentes químicos, a lógica estava desenhada em torno deles, não valia tal e qual para aqueles que tinham transtornos outros. Um dos adolescentes com quem conversamos, por exemplo, havia recebido visita de sua mãe uma única vez em um ano. A questão das visitas entrava noutra lugar ao pensar as pessoas que estavam muito distanciadas de seus territórios: para estes, nem a lógica da “ressocialização” tão cara ao discurso do trabalho com usuários de álcool e drogas. Além da longinquidade, faltavam às famílias, muitas vezes, recursos para custear a visita.

Como discurso: em torno dos dependentes, a lógica da ressocialização e do retorno, bem ou mal, mais possível ou menos possível; em torno dos transtornos diversos, a lógica do esquecimento murado.

Passamos, então, para o outro lado.

Portão. Grade. Cadeado.

Primeiro encontro com um senhor surpreso logo atrás da barreira gradeada. Passamos por vários recintos, espaços, ambientes. Num panorama geral e manicomializante, ouvimos, vimos, Ala A, Ala B, Ala C, Enfermaria, Quarto de Observação, Leitos. Horário de Banho, 17h às 18h. Telefonemas apenas às terças-feiras. Supervisionados. Nenhuma interlocução entre a comunidade terapêutica e as redes de atendimentos nos territórios de origem, para os quais deveriam voltar. Internação em si como intervenção.

Logo no início da visitação, um ambiente comum de convívio entre adolescentes e adultos internados. Ali conhecemos Romário. Um homem adulto, com olhar profundo e terno,

às vezes lembrava um olhar de criança, às vezes não. Circulava, vinha de dentro, de uma sala para uma varanda, onde estavam três rapazes sentados e nós. Tão logo nos viu, abraçou-nos, sem aviso, uma a uma (eu, a assistente social e Alba). Mais tarde, quando estávamos acompanhadas também pela enfermeira, esta recebera mais abraços que qualquer outra pessoa. Abraçava-a sempre que a via, chegou inclusive a invadir o espaço da sala de enfermagem, que estava de porta fechada, para olhar para ela, abraçá-la e sair, abraçando então, uma última vez, agora com os olhos, e sair; olhou para nós também, nos percebia e nos presenteava com sua percepção. Romário andou todo o tempo com uma mochila nas costas, inclusive, durante o almoço, sentou-se de bandeja na mão e mochila nas costas, um pouco distante de nós, mas atento.

Romário era um dos homens que estava na comunidade terapêutica desde 2015. Já tinha recebido sua alta médica, a família brigava na justiça para mantê-lo internado, ele havia entrado com um recurso e “ganhado”. Era para estar em trânsito no lá fora, mas Romário continuava a circular com a mochila e os abraços circunscrito nas fronteiras da sua clausura terapêutica compulsória.

O momento do almoço fora de encontro. Sentamo-nos. Acompanhavam-nos dois meninos com quem muito conversamos, um adolescente de 17 anos e um rapaz que adolesceu envolto pelas cercas que conhecíamos agora, ele estava com 19 anos, então. Eram Ênio e Wagner. Eram diferentes em demasia, mas partilhavam a coincidência de estarem internados há anos naquele lugar, vindos de outros estados, distanciados da família no corpo e nos sonhos. Ambos já estavam com suas altas médicas assinadas e aguardavam o momento de saída, que ninguém sabia dizer quando e como seria.

Voltemos à varanda, por onde começamos a visitação interna. Ênio estava sentado naquele mesmo lugar em que conhecemos Romário. Era um menino de semblante tranquilo, de corpo comprido, sorriso fácil. À primeira vista gerava um questionamento ingênuo dos motivos pelos quais estaria ali, mas, conforme andávamos e a conversa se desenvolvia, Ênio alterava emoções na facilidade de quem gira o botão de um rádio antigo e consegue captar diferentes frequências. Acionava afetos divergentes com agilidade, bastante atingido por eles. Ao mostrar seu quarto para nós, muito bravo, ameaça um outro adolescente que passou. Era seu colega de quarto, mudou-se para outro. Isso deixou Ênio muito bravo.

Com a mesma velocidade que a ameaça emergiu e nos tocou, o seu sorriso amável retornou com um simples questionamento que atraía sua atenção de volta para o momento de encontro conosco. A braveza de Ênio e os motivos que o levavam a esse lugar de conflito que o habitava, ele próprio identificava como relacionado a um sentimento de invasão. A equipe

disse que ele fica muito agressivo às vezes, o que ele, inclusive, reconhece, fala disso, fala que às vezes fica muito bravo mesmo. E depois sorri.

Noutro momento ficou bastante inquieto com a presença de outro rapaz, o Wagner, com quem já havíamos conversado bastante até este ponto. Ênio, depois de tolerar um tanto da fala de Wagner, que gostava de falar bastante, disse que agora era a vez dele de falar e o empurrou forte; como ele bem havia apontado, parecia invadido, à sua forma, mas isso é mais uma sensação que me invadira afinal... Novamente, a braveza em demasia deu espaço a um respiro de tranquilidade pelo redirecionamento provocado por uma simples pergunta que enunciei. Era como uma braveza de areia que crescia a cada punhado, mas se esvaía em onda até que outro castelo se erguesse e outra onda o desmanchasse.

Perguntei se quando ficava muito bravo ele tinha com quem conversar, ele disse imediatamente sorrindo que sim. Ingenuamente pensei em algum profissional, e ele surpreendeu meu pensamento naquele momento tecnicista: “Converso com o Rinaldo, que também tá aqui!” E continuou: “Rinaldo é meu amigo, sempre que preciso eu falo com ele e ele me escuta.” Mais tarde, enquanto nos acompanhava pelo espaço, ele correu para alguém, abraçou-o, me chamou sorrindo: “Este é meu amigo Rinaldo”, e ele ali: “Sim, eu sou seu amigo, sempre que precisar.” A equipe contou que Rinaldo estava lá devido a uso de drogas, voluntário, e que sempre está disponível para conversar com Ênio, exceto alguns dias que se encontra mais fechado em si.

Rinaldo e Ênio trazendo o que há de humano nas frestas do institucional, da importância do vínculo, dos afetos, do comunitário possível e potente, persistente.

Ênio, no almoço, disse novamente que queria conversar. Estávamos sentadas com Wagner. E conversou. Trazia na história a marca do abandono. A mãe e o sentimento de abandono. O pai e o sentimento do abandono. Uma tristeza na fala, na postura, nos olhos. De repente uma mãe salvadora. De repente um pai negligente. De repente um padrasto violento. Eis o retorno de uma mãe salvadora. No silêncio seguinte, a vitória do abandono.

E com tudo isso, Ênio falava que queria ir embora e “voltar pra minha terra.” Não dizia para quem voltar. Mas dizia de um onde. A sua terra. E o entre ele e ela era tanto... Era tanto de quilômetro, era tanto de ausência, era tanto de desesperança.

Retornemos a Wagner. Conversou muito conosco. Só naquela comunidade terapêutica, eram 4 anos de história. Agora ele estava com 19 anos. Wagner tinha consciência de que não se enquadrava no padrão de atendimento do lugar, esclareceu com tranquilidade: não era dependente químico. As memórias eram bastantes e bastante recheadas de dor, sempre uma

cena que doía e que doíam também no corpo. Memórias da solidão, mas também da agressão física. Doía, dói; e não só nele.

Sentamo-nos para almoçar com ele. Alba já tinha nos falado: “Ahhh, a história do Wagner é muito triste.” Em algum momento no refeitório, ela falou baixinho, perto dele, tentando dizer o que havia acontecido. Mas não tinha sentido. Wagner escancarava sua dor e ela queria fazer dela segredo diante dos olhos e ouvidos dele mesmo. Perguntei se ela não podia dizer alto, pois me parecia que Wagner conhecia muito bem sua história — e era o mínimo de dignidade afirmar sua presença ao falar dele com ele. Ela se assustou, mas começou a falar considerando a interlocução com o menino antes esfumado na cena.

Enquanto Alba falava, Wagner complementava, falava de si mesmo, se autorizava a existir no que antes era um relato dela apenas. A mãe de Wagner havia sido vendida ao pai quando tinha 17 anos. Quando ela engravidou, deixou-o com o pai e sumiu. Wagner repetiu muitas vezes que o pai bebia e dava cachaça a ele quando era pequenino. Ele lembrava de uma situação em que foi deixado na “tubulação do esgoto, era fedido, e a água foi entrando e entrando até que eu quase não consegui respirar, daí alguém me salvou e eu chorei muito.” Alba paralisada, ouvindo. Meus olhos a transbordar timidamente, com ele. Não importava o que era real ou fantasia como história. Sua dor se realizava no seu relato. Suas memórias partilhadas só remontavam cenários desertos de amor.

Wagner lembrou que gostava muito do avô. Mas ele morreu. Wagner recordava que chorou muito. Ele pegou, então, seu braço e mostrou uma cicatriz. Contou que foi num acidente. “Machucou muito, não foi ralado, foi quebrado mesmo, teve que fazer cirurgia.”

Uma lembrança ainda viva: o afeto pela “tutora”, que vez ou outra o visitava. Alba contou que ela costumava vir uma vez por ano e passar com ele uma semana, indo até algum outro lugar neste tempo. Ela era conselheira tutelar. Era ela também quem recebia o benefício²¹ em nome de Wagner, todavia, na comunidade terapêutica, ninguém recebia prestação de contas do dinheiro dele, não tinham sequer notícia do destino. Sabiam que, nessas visitas poucas anuais, ela trazia presentes, principalmente algumas roupas. Nessa uma semana que ela vinha, trazia presentes e fim. No deserto um oásis anual de amor.

Wagner muitas vezes perguntou para nós quando iria embora. Nós não sabíamos, não tínhamos como responder. Do lugar do possível, dissemos a ele que a promotoria de justiça iria verificar as possibilidades, que relataríamos tudo que nos trouxe e nos reuniríamos com ela. Sua demanda não seria silenciada, isso podíamos garantir. Era só isso, mas também era

²¹ BPC – Benefício de Prestação Continuada

tudo nisso. A esperança de sair não o abandonara. Não falava muito sobre para onde ir. Mas queria ir, isso era pulsante e se esse era um direito, em tantos e diversos significados, tornamo-nos responsáveis de passar adiante o seu pedido. Havia um compromisso coletivo quanto ao funcionamento do serviço, mas também havia o compromisso individual com aqueles que nos confiaram suas demandas.

Noutro momento, quando estávamos na enfermaria com a enfermeira, a assistente social e Alba, Wagner chamou algumas vezes pela janela. A mesma janela de onde pessoas faziam as ligações telefônicas semanais, pois não havia um local reservado e privado para tal. Mandou-me beijos. Sorrindo disse que queria conversar. A enfermeira disse que Wagner sempre repetiu que queria uma namorada com o mesmo nome que o meu. Ele riu. Antes de irmos embora, Wagner veio e fez-me um carinho. Perguntou mais umas cinco vezes sobre ir embora, queria ir embora e pediu que falássemos com a sua tutora. Reafirmamos o compromisso de levar isso à promotoria — como de fato fizemos em reunião posterior à visita.

Como última lembrança do refeitório, quero recordar Thomas, que nos foi apresentado como “autista e deficiente visual.” Thomas era alimentado como um bebê, com comida na boca pela enfermeira Camila. Visível carinho investido. Potência de autonomia anulada pelo investimento deslocado. Era uma cena difícil. Indaguei sobre o projeto de trabalho mais tarde. Não havia percepção de quem ele era e quem poderia vir a ser, apenas a inércia de um cuidado assistencialista, restrito ao corpo limpo, alimentado, vestido, descansado. Testemunho da crueza do cuidado que reside na satisfação da oferta do mínimo para garantia de uma sobrevida.

Pouco mais tarde, ao andarmos novamente, Thomas na sua cama num quarto nos fundos, cujo acesso se dava pelo quarto dos adolescentes não tendo uma porta direta. Estava sentado na cama. Sozinho. Ao lado da cama, uma caixa de brinquedos. Falei com ele, lembrava meu nome, havíamos conversado no refeitório. Uma simples troca que gerava lembrança. Na mão um carrinho. Dentro de si, eu não sei. Dentro de mim, desalento.

Estes adolescentes, inclusive aqueles que estavam na comunidade terapêutica como usuários de drogas, eram privados de qualquer atividade escolar, não recebiam assistência em saúde pautada na fase de desenvolvimento. Estavam imersos num sistema pensado para adultos em abstinência — abstinência de vida. Rotina de laborterapia e grupos terapêuticos. Uniformes Doze Passos²², nenhum mais, nenhum menos.

²² “Os 12 passos de Narcóticos Anônimos

Durante toda a visita, muito foi conversado sobre estes casos de permanência, sobre a ilegalidade, mas, sobretudo, sobre a desumanidade, sobre a perturbadora escassez de investimento no outro como alguém que deseja, que tem percurso — atrás e adiante —, como alguém que merece mais do que o mínimo, como alguém que deve ser sonhado, para que possa sonhar-se.

Ainda conversamos com dois adolescentes, Rafael e Hugo, conversa outra. Drogas. Arrependimento. Namoro (ausência). Reclamaram muito da invasão nas visitas, sobre o controle, tanto com as famílias quanto com as namoradas, que vinham de longe. Queixas muitas, mas especialmente a vontade de ir embora. Perguntaram quando, pois haviam sido informados de datas, conheciam-nas, mas ansiavam por confirmação. Camila, a enfermeira, diante de nós, ratificou-as.

Penso que é preciso marcar que esta realidade de internação de adolescentes em situações de sofrimento mental em comunidades terapêuticas é mais comum do que possamos imaginar, tendo sido encontradas em algumas ocasiões em diferentes lugares. Apresenta-se como demanda urgente de atenção, e nos convoca a pensar especialmente a questão da distância que são colocados de suas vidas, famílias, vínculos, territórios e seus percursos escolares — no geral absolutamente negligenciados como se fossem desimportantes.

Hora de ir embora. Na consciência, o pesar daqueles que queriam sair, mas ficavam lá, na incerteza de que horas a suspensão da vida iria cessar, mas também com a força de querer mobilizar.

1.º Admitimos que éramos impotentes perante a nossa adicção, que nossas vidas tinham se tornado incontroláveis.

2.º Viemos a acreditar que um Poder maior do que nós poderia devolver-nos à sanidade.

3.º Decidimos entregar nossa vontade e nossas vidas aos cuidados de Deus, da maneira como nós O compreendíamos.

4.º Fizemos um profundo e destemido inventário moral de nós mesmos.

5.º Admitimos a Deus, a nós mesmos e a outro ser humano a natureza exata das nossas falhas.

6.º Prontificamo-nos inteiramente a deixar que Deus removesse todos esses defeitos de caráter.

7.º Humildemente pedimos a Ele que removesse nossos defeitos.

8.º Fizemos uma lista de todas as pessoas que tínhamos prejudicado e nos dispusemos a fazer reparações a todas elas.

9.º Fizemos reparações diretas a tais pessoas, sempre que possível, exceto quando fazê-lo pudesse prejudicá-las ou a outras.

10.º Continuamos fazendo o inventário pessoal e, quando estávamos errados, nós o admitíamos prontamente.

11.º Procuramos, através de prece e meditação, melhorar o nosso contato consciente com Deus, da maneira como nós O compreendíamos, rogando apenas o conhecimento da Sua vontade em relação a nós e o poder de realizar essa vontade.

12.º Tendo experimentado um despertar espiritual, como resultado destes passos, procuramos levar esta mensagem a outros adictos e praticar estes princípios em todas as nossas atividades.”

Disponível em: <<https://www.na.org.br/os-12-passos/>>. Acesso em: 24 nov. 2022.

Na portaria, um último encontro. Segundo encontro. Carlos se aproximou do carro. Perguntou as horas. Respondida com prontidão desta vez. Ele se despediu, mas antes de sairmos, perguntei: “Você passa o dia todo aqui?”, “Você trabalha ou mora aqui?” E ele respondeu com a mesma espontaneidade que perguntava as horas: “Eu tô esperando minha irmã vir me buscar pra eu ir pra casa. Enquanto ela não vem, eu prefiro ficar aqui fazendo alguma coisa. Lá em cima é muito ruim, ficam falando bobagens, pelo menos aqui é melhor. Logo mais vou embora.” Carlos aguardava desde 09 de janeiro de 2014 e de fato me pareceu importante ele perguntar que horas eram.

Narrativa 6. Um lugar de mulheres reclusas

Visitas motivadas por denúncia são de natureza delicada. Essa é um caso. Assim, é importante discutir alguns pontos da natureza de nosso serviço como introdução.

Bom, todo encontro entre dois ou mais é de natureza delicada, é preciso cuidado ao tocar um outro alguém, há sempre afetos diversos, trocados. Encontros demandam respeito à alteridade. Mas por que destacar esta natureza, se intrínseca, portanto, às visitas motivadas por denúncias? Para chamar a atenção para a urgência da delicadeza do encontro nestes casos e contextualizar sobre as peculiaridades do encontro quando há expectativas complexas em jogo — de um denunciante, de um membro do órgão, da equipe de assessoria, dos funcionários do serviço e, quem sabe, da pessoa sobre a qual a denúncia se destina.

Então, além de todas as delicadezas que o ato de “visitar” já pode remeter — pois a ação em si trata-se de adentrar um local habitado, de alguma forma organizado, com rotinas e familiaridades, cujas invasões externas têm horários previstos em que o local está preparado a receber —, imaginem o estranhamento provocado pela entrada do Ministério Público, que evoca a representação de problemas futuros em potencial. É como se o local devesse apresentar tudo certinho, dentro do esperado — fato interessante, na medida em que as pessoas muitas vezes apresentam o que elas “acham” que é esperado, desconhecendo leis, diretrizes, normas, enfim.

Quando uma denúncia entra em cena, a expectativa sobre uma resolução entra em jogo (nossa, do promotor de justiça, da instituição, caso ela tenha conhecimento e isso não é raro). Quando o serviço toma conhecimento que está na mira de uma investigação, digamos assim — pois na esfera cível, o Inquérito Civil trata-se de um instrumento de verificação —, como era o caso desta, as defesas se agigantam; o Ministério Público passa a ser mais ameaçador e,

consequentemente, nossa forma de adentrar é, portanto, delicada em evidência, o que exige ainda maior responsabilidade. Há que se ouvir com atenção, sem julgamento e sem defesas que impeçam a escuta. Exercício possível, tarefa desafiadora.

Neste contexto de desafio, não há que se buscar provas, pois este não é o propósito do trabalho e não atuamos pautados na lógica da esfera criminal, não desta forma, não com esse enquadramento, todavia, não pactuamos com a violação de direitos humanos, então temos o compromisso ético com a verificação destas situações se elas ocorrem e os encaminhamentos possíveis a partir daí. O que escrevemos e dizemos não fica sob nosso controle, o relatório ganha a instituição e pode ser usado como argumento com fins de responsabilização a depender do seu percurso na esfera jurídica. O trabalho do núcleo tem caráter dinâmico, sendo seus frutos versáteis a serviço do universo que é a instituição. No geral entramos abertas ao que emerge na perspectiva de enxergar se o que deveria estar sendo ofertado o está quanto à organização do trabalho em relação direta a direitos garantidos e parâmetros dispostos para execução de uma política pública.

Se isto é verdade, tal premissa é afetada pela condição de este serviço em especial apresentar-se como um serviço do setor privado, cujo valor mensal é significativo, abarcando um público de condição financeira privilegiada. O Estado invade menos o setor privado rentável, começamos por aqui, mas também porque o setor privado esquia-se naturalmente da lógica da diretriz da execução de uma política pública, pois espontaneamente, pela lógica das práticas de classe e pela concepção de mercado e liberdade, considera que pode reger-se pelas próprias normas desde que cumpra algumas regras “básicas”. Ao deparar-se com órgãos como Ministério Público é que se percebe a dificuldade de aceitar que não podem prescindir do enquadramento de funcionamento se o estabelecimento se coloca como serviço de saúde e que as normas de saúde devem ser seguidas em qualquer seguimento.

A denúncia, muitas vezes, é o meio pelo qual a fiscalização chega a esses serviços, que muitas vezes ficam à margem do processo de acompanhamento, monitoramento, inclusive pela quantidade de estabelecimentos que existem sem a ciência do Estado ou mesmo porque faltam pernas para realizar o trabalho em todas elas.

Mas voltemos à realização da visita.

Conversamos com a promotora de justiça responsável e ela preferiu não nos acompanhar, portanto fomos eu e a assistente social. Havíamos conversado com ela ao telefone e ficamos de nos reunir com ela depois da produção do relatório. Ela alertou-nos a não relatar sobre a denúncia ao realizarmos a visita ao serviço, pois gostaria de não focar

nisso e compreender sobre a natureza de atendimento e verificar se havia outras situações que exigiam atenção além daquela relatada na denúncia.

Assim que chegamos, fomos recebidas pela responsável da “Hotelaria”, pela responsável da enfermagem e por uma psicóloga. Todas estavam receosas com a nossa presença e queriam que aguardássemos o diretor da clínica. Pedimos para conhecer o espaço até que ele pudesse chegar e nos receber e assim entramos para visitação dos ambientes.

A enfermeira Renata e Andressa, coordenadora da hotelaria, nos conduziram pelo espaço e passamos por diversos locais, dentre refeitório, sala do psiquiatra, sala das psicólogas, sala de televisão, espaço de lazer com pingue-pongue, piscina e um pedacinho destinado ao “fum dromo” (havendo uma cota diária de cigarros). Algumas mulheres viam TV, uma delas costurava   mão sentada no sofá, nossa presença passava como mais uma coisa ali sem muita relevância. Acontecia na parte externa uma oficina de arteterapia com pinturas de mandalas, algumas poucas participavam. Este espaço externo, onde havia o fum dromo, foi o local onde mais vimos alguma circula o.

Hora de conhecer os quartos, dez ao todo. Encontramos apenas dormitórios, trancados, inacessíveis durante o dia “para incentivar a participa o nas oficinas”, como disseram as responsáveis. Alguns eram maiores com mais camas, até três beliches, e outros menores com menos. Os pequenos tinham duas camas, sem janela. Elas adiantaram-se em explicar que a montagem para divisão dos quartos se dava pela mescla de faixa etária priorizando a estratégia de separar as mais jovens, mas disseram que também eram consideradas afinidade e escolhas individuais na medida do possível. Era mais difícil quando as jovens estavam juntas, articulavam-se e davam mais trabalho...

Esses quartos pequenos ficavam no segundo andar, l  a profissional da enfermagem nos mostrou tanto uma pequena sala para reserva de colchões quanto outro cômodo fechado onde eram guardadas roupas vindas de doa es. Quando questionada do porquê destas roupas, Renata com tranquilidade contara de forma aberta que muitas das mulheres que chegavam para a internac o vinham sem o conhecimento de seu destino, inclusive acompanhadas pela família. Essas diversas roupas de doa o, ela dizia-nos, eram necessárias para os casos em que a mulher chegava sem saber que iria ficar internada até que a família trouxesse suas próprias roupas.

Foi tão imediato colocar-me no lugar de uma mulher vinda em meio   ilusão de destino outro, sem nada que   seu, nada próprio, se não o próprio corpo. O sentimento de engano, de logro, e — por que não? —, de abandono, pois foi isso que me invadiu como sensa o ali, um abandono difícil de nomear, a nausear-me. Desamparo. Solidão. Desespero.

Atentas às idades durante o todo o percurso, percebemos faixas etárias variadas e algumas moças que pareciam bem jovens. Neste contexto perguntamos sobre as idades de mulheres que estavam internadas e se ali recebiam adolescentes. Também perguntamos sobre o perfil ao qual a clínica se destinava. Renata e Andressa informaram que ali recebiam mulheres com dependência química no geral, mas que também tinham casos de transtorno mental, sem restrição de faixa etária. Contaram que havia duas adolescentes de 17 anos e algumas jovens de 19 e 20.

Intrigante: na listagem oficial de mulheres internadas, não constava o nome de uma dessas adolescentes, Tânia, que elas relataram e que estava presente no dia de nossa visita, o que penso minimamente revelar negligência por parte da organização da clínica.

O nome da adolescente destacada na denúncia — era disso que se tratava a denúncia que motivou a visita — não apareceu durante a conversa com elas. No entanto, dentro deste contexto, perguntamos sobre ela, dizendo que a promotora de justiça gostaria de saber se ela estava internada pois acompanhou um processo no qual a adolescente estaria internada há muito tempo e pediu que perguntássemos. Andressa disse que ela não estava mais lá, depois disse que chegara com 13 anos. Renata disse estar confusa se foi com 13 ou 14, mas corroborou que ela já tinha ido embora há mais menos um ano para morar com o pai. A denúncia fora feita sete meses antes da visita, havendo informações de impossíveis convergências.

Separada, na área externa, estava a enfermaria: cinco leitos, um banheiro e uma recepção-controle.

Na parede, bem visível, um aviso sobre a perda de pontuação nos casos de desobediência às regras de convivência. Ao perguntarmos para Renata de que se tratava, ela explicou que, a cada descumprimento de regra, a paciente perdia um ponto e um dado conjunto de pontos fazia com que fosse punida com algo. Quisemos saber exemplos de punição. O primeiro exemplo fora a perda de ligação para familiar. E no imediato momento me perguntei, afinal o que seria tão grave a ponto de perder pontos que pudesse resultar em castigo deste tamanho?

Questionei mansa, pois aprende-se nesse fazer que a não mansidão não consegue nada, a mansidão é a única chance, um talvez, principalmente se você é uma mulher. Ali era ainda mais evidente: as mulheres não mansas são ditas loucas e isso não é uma louca fantasia. Ora, a resposta veio: emprestar roupas, dar cigarros, desrespeitar, fumar mais cigarros do que a cota do dia e furtar objetos de outras pacientes. Tudo assim, grave igual, sem gradação.

Emprestar roupas e roubar roupas... Cheguei até a perguntar de novo, pois entendi que poderia ser a mesma ação com termos mais diretos e mais amenos. Mas não. A emissão se fazia compreensível: a paciente não podia emprestar as suas roupas para outra paciente. E sim, seria passível, na mesma gravidade, da perda de contato familiar.

Dos cinco leitos da enfermaria, cinco estavam sendo usados, num deles a adolescente Tânia, que não constaria na listagem oficial. Pudemos ver quatro mulheres deitadas ao chegar, a quinta voltava do seu almoço, já a tínhamos encontrado num dos dormitórios, pois ela tinha tido permissão de buscar algumas coisas dela que estavam guardadas lá. Seu nome era Daniele. Nesse encontro anterior com ela num dos quartos, ela pedira para Renata o retorno ao quarto, foi quando descobrimos que estava ficando na enfermaria. Lá conversamos, no quarto, para escutar sobre essa vontade barrada pela regra. A fala, marcada pela falta de agilidade, era lúcida, as palavras claras se lentificavam ao sair. Quando indagamos sobre o motivo de não poder ficar no quarto como solicitava: precisava adaptar-se à medicação antes.

Daniele retornava vagarosa do refeitório para a enfermaria, tal como se esperava dela, ainda que não quisesse estar alojada nela. Assim que se pôs em frente à porta da enfermaria, como num susto, virou-se e pronunciou no seu tempo de fala dilatado: “E s q u e c i d e p e g a r m e u s u c o , q u e c a b e ç a ! V o u b u s c a r . . . ”. Foi quando alguém a interceptou, voltando o seu corpo em direção à enfermaria novamente, dizendo que ela não podia voltar. Perguntamos à Renata o motivo. Regras, o horário do almoço tinha terminado. Ela só queria retornar ao refeitório, pegar o suco e voltar. Assim como ela queria dormir no quarto e não na enfermaria. Naquele mundo ali, tão restrito, mais uma restrição sem sentido. Projeto terapêutico em direção à autonomia? Parecia que não. Mesmo. A vitória do institucional que silencia.

Em alguns momentos, Renata deixou escapar sobre o seu incômodo com as pequenas insurgências cotidianas, queixou-se da lida diária com aquelas que só “reclamavam”, no entanto, nas cenas em si, narrava apenas mulheres vivas, que não se assujeitavam; o que ressaltava como problemas eram questionamentos, pedidos, reclamações, na verdade interrogações sobre a conduta da clínica, sobre as regras, sobre os seus próprios processos e prazos. O funcionamento institucional deveria ser soberano em relação às existências singulares e as queixas de Renata escancaravam isso.

A enfermaria cheia de mulheres dormindo durante o dia... A única acordada querendo exercer o direito de ser, nem que fosse ao esticar a hora do almoço em mais 20 minutos, pois, quando a rotina é pautada na ordem da monotonia, o esquecimento de um suco que pode se desdobrar em um movimento que não estava no roteiro, é ação que rompe, que marca

diferença, apresentando-se assim como potencial deliciosa tarefa. Uma pena que era uma violação das regras e, então, sobrou-lhe descansar o cansaço que não tinha no leito reservado para ela.

Mais um encontro cotidiano nosso com um serviço a propor obediência em nome de promoção de saúde. E a pergunta: quando saúde poderia prescindir da concepção de sujeito, cuja organização uniforme e rígida e moldadora aniquila? Aliena-se em nome da saúde. Então outra: de que saúde tratamos? E então parece uma pergunta importante, pois não se trata de um serviço a comportar-se assim, trata-se de uma rotina de visitas que coloca tal concepção em destaque, os profissionais corroboram este tipo de concepção, as famílias que buscam, as pessoas que se voluntariam ao tratamento, os órgãos fiscalizadores. Se a validação é partilhada, é importante que reflitamos sobre.

Sobre a rotina do serviço, as profissionais descreveram um leque de opções, numa rotina quase toda tomada por propostas de atendimento ou exercícios, entre eles, atendimentos psicológicos diários, arteterapia, yoga e coaching uma vez por semana. Já sobre as visitas familiares, nada muito sólido foi dito: cada caso, um caso, cada projeto, um projeto, com o poder de decisão nas mãos da equipe técnica.

Nessa direção de conversa, elas resolveram partilhar sobre a prática de ressocialização, e deram orgulhosas um exemplo de uma paciente que estava em fase de “ressô” naquele momento, depois de um ano, um ano de internação.

A certa altura da visita, nos reunimos com um homem e é bom que recomeçemos daqui, com uma segunda parte da visita, inclusive, porque muitas informações foram recolhidas novamente, agora na perspectiva daquele que gerenciava com satisfação seu negócio de saúde. Nosso encontro, então, com Cardoso.

Cabelos cacheados bem definidos, nem longos, nem curtos, sentado em sua poltrona de administrador íntegro. Camisa bem passada, corte moderno; chegara de sobretudo de lã, gola em riste, alta, protegendo o pescoço e compondo a forma ornamentada e elegante de sua apresentação. Conjunto de escritório à mesa, daqueles que não se adquire por valores irrisórios, dispostos intencionalmente como os diversos objetos que equilibravam o ambiente da sala de onde se geria o seu empreendimento. Para dar o tom final à decoração, uma pele de cobra seca atrás da porta, que, ao vermos, ele exibiu orgulhosamente e partilhou com um sorriso: “É para minha proteção”.

A esta altura, já havíamos visto e ouvido o bastante para chegar a este encontro com o administrador da clínica atentas ao que ele poderia nos apresentar formalmente sobre a organização. Até então, acompanhadas pelas funcionárias da enfermagem e hotelaria,

havíamos recolhido informações preocupantes no tocante à conduta da clínica; todavia, nos equivocamos ao pensar que ele poderia tentar camuflar essas questões, pois, apesar de isto acontecer em alguns momentos específicos — principalmente no tocante à denúncia —, em sua sofisticada presença não houve espaço para a hipocrisia, mas sim para a ignorância da ilegalidade da condição de seu negócio somada a um pouco de tentativa de torção de realidade no discurso, digamos assim.

Num primeiro momento, achou que nossa visita tinha relação com uma visita anterior do COREN²³, o que explicamos ser um equívoco. Mesmo assim, ele mostrou uma documentação justificando que estava com o quadro de enfermagem adequado. Perguntou se estava relacionada, então, à visita do CRM²⁴. Adiantou-se explicando que antigamente celebravam convênio com um município do interior de São Paulo, mas que esta prática não estava mais em vigência. Logo depois, ele mostrou um pedido de internação de uma promotoria de justiça de GO de 2014 (uns dois anos antes de nossa visita).

Fez-se momento de tentar localizar nossa visita para ele, apresentar o Núcleo que integramos e fazer entender que não iríamos verificar papéis, mas conversar para compreender a natureza e a dinâmica da clínica a fim de subsidiar um procedimento dentro da promotoria, sobre o qual ele poderia conversar com a própria promotora de justiça. Sorriu: “Então tá. Que querem saber?”

Começamos pelo contexto da clínica, perfil de atendimento, configuração da proposta...

Essa foi a primeira vez que demonstrou orgulho: por ter uma clínica feminina. Com honradez exalada, ele dizia que quase ninguém no mercado queria atender mulheres, mas ele sim. Era como uma boa ação que prestava: ele abriu um negócio para beneficiar mulheres. Impressionante. Ele olhava para nós como que buscando cumplicidade, aprovação, admiração, não parecia querer chocar, parecia que lhe faltava crítica suficiente para tal.

Foi quando, então, em meio ao nosso silêncio, com sua aparência exuberante e carente de tato, engatou o motivo: “As mulheres são muito chatas, são muito cricas, dão muito escândalo, quem gosta de trabalhar com isso?” As duas mulheres ali diante dele engoliram seco.

Sinceramente, difícil compreender o que esperava naquele contato conosco, que além de mulheres, ainda representavam ali a instituição do Ministério Público. Se para nós, nesta

²³ COREN – Conselho de Enfermagem.

²⁴ CRM – Conselho Regional de Medicina.

condição, era de grande dificuldade estar ali, como seria a experiência destas mulheres que estavam ali subjugadas às relações de poder de uma internação psiquiátrica?

Cardoso orgulhava-se da história da sua clínica de recuperação, que teve início com sua família. Havia, inclusive, outra unidade exclusiva para o público masculino. No início houve abertura de uma unidade mista, depois de alguns anos o perfil foi dividido em duas unidades com gestões e dinâmicas independentes — inclusive, o NAT MPSP²⁵ já havia realizado visita a esta unidade masculina poucos anos antes em outro município.

Explicou-nos que a entrada no serviço se dava ou por meio de convênio de saúde (ele citou o nome de pelo menos seis empresas) ou contratação particular, que na ocasião era de R\$6.000,00 mensais, todavia, esse valor não cobria itens de uso pessoal e medicamentos que deveriam ser custeados pela “família contratante”. Quanto ao destino da contratação, sempre era o interesse familiar em jogo, mesmo mais para frente sendo colocada a natureza voluntária da internação como prioridade de atendimento.

Posteriormente à visita, Cardoso encaminhou os documentos solicitados e neles a coerência com esta lógica negocial, pois o formulário a ser preenchido para o ingresso na clínica era destinado a responsáveis terceiros (“Prezados familiares, bem-vindos ao programa tratamento...”), e então perguntas das mais diversas que indagavam inclusive sobre a intimidade, sobre a sexualidade da paciente, história afetiva e conjugal, inclusive indagando sobre a quantidade de parceiros e relacionamentos.

Ao envaidecer-se quanto ao seu perfil de atendimento exclusivamente feminino, voltando ao perfil de atendimento, Cardoso destacou que atendia casos prioritariamente de “dependência química”, mas assumiu que também recebia casos de “leves comorbidades e alguns transtornos, como bipolar”. Fez questão de vangloriar-se de apresentarem ações inovadoras pautadas no modelo terapêutico de “REHAB” tal como se pratica nos Estados Unidos; e, ainda que a proposta fosse posta como inovadora pelo administrador, sobre as práticas cotidianas em si, nada surpreendia: os mesmos Doze Passos alinhados à concepção de atendimento proposta pelo AA e pelo NA, como ele mesmo nomeou, enfeitados por uma equipe robusta de profissionais diversos que atendem nesta mesma direção.

Assim, dada a confirmação de que não restringia o atendimento à dependência química, como seria a permissão para um serviço tipificado como uma comunidade terapêutica, Cardoso é questionado sobre a formatação da clínica — quanto à autorização de

²⁵ NAT MPSP – Núcleo de Assessoria Técnica Psicossocial do Ministério Público de São Paulo.

atendimento deste perfil, que só poderia ser atendido numa estrutura hospitalar, segundo as diretrizes constadas na estrutura burocrática-legal do atendimento em saúde.

O distinto senhor apresentou que sua configuração formal era realmente de comunidade terapêutica, todavia justificou que, por apresentar equipe de médicos e psicólogos especializados que poderiam atender às demandas, não havia problemas na execução, pois garantia na prática a excelência hospitalar. Ele quis novamente apresentar documentação diversa, discorrer sobre a equipe de terapeutas que realizam atendimento individual, suas especializações etc. Gabou-se por ter em sua equipe de apoio externo duas professoras universitárias reconhecidas (as quais constavam no site da clínica, inclusive). Era como se dissesse que sabia que era ilegal, e que todos sabiam, mas estava tudo bem pela qualidade de atendimento que ele prestava. A sua necessidade justificava a sua irregularidade.

Era preciso ouvir mais sobre aquele lugar e sobre a forma de pensar daquele lugar. Isso era preciso porque não se tratava daquele lugar apenas. Eram aqueles lugares que encerravam gente os quais fomos vendo pelo percurso da prática pelo MPSP. Era preciso se conectar com Cardoso, mesmo na dificuldade da tarefa.

Então voltamos para o diálogo e perguntamos a ele se os casos de dependência química eram voluntários realmente, como entendiam esse tipo de internação, como procediam nos casos em que não eram etc. Não só já sabíamos do quarto com roupas de doações para mulheres desavisadas de seu destino, como também havíamos visto, pois estavam absolutamente disponíveis bem em nossa frente na mesa de Cardoso virados para nós, os cartões de empresas que realizam “remoção” de pacientes. Caso haja dúvida, não foi uma inferência, os cartões traziam a mensagem clara com imagem de ambulância: REMOÇÃO 24H.

Sem verniz algum, Cardoso elevou suas mãos e com elas abriu aspas no ar, dizendo que faziam “sempre internação voluntária”. O motivo das aspas, logo explicou de forma direta: “Vocês sabem, nem sempre o caráter voluntário é voluntário mesmo.” E continuou com tranquilidade trazendo o exemplo de uma mulher que precisava de internação e não enxergava a necessidade dela: “então o marido ameaça largar dela e ela vem.” Era a segunda vez que nos provocava mal-estar de embrulhar o estômago. Estava bastante seguro ao partilhar conosco, duas mulheres, sobre o poder que a ameaça de um homem exerce na mulher. E pensando depois, me senti ameaçada mesmo. Não parou nosso trabalho, mas o desconforto-medo estava ali mesmo, bem presente.

Então, quanto aos cartões dos prestadores à mesa, perguntamos: “Ah, são de alguns parceiros, nós nunca fazemos, pois não podemos.” E continuou sem mistério: “Nós sugerimos

estes dois prestadores e eles realizam de acordo com a escolha da família.” Disse que em algumas situações a pessoa já vinha de ambulância direto do hospital. Era curioso acompanhar um discurso cínico de prioridade de atendimento voluntário num cenário com tantas estratégias de manutenção de internação sem o livre consentimento da mulher — e cínico aqui não trata de intenções ruins, mas de incongruência entre discurso e prática sem a menor preocupação na cena.

No entanto, se antes precepei-me em dizer que não parecia haver propósito de ludibriar-nos — já que tanto veio à mesa de conversa —, digo que houve pelo menos desconforto e preocupação quando adentramos o contexto que circunscrevia a denúncia da adolescente internada por tempo em demasia, sobre a qual a contenção química havia sido exagerada. Mas iniciamos apenas com a pergunta sobre o perfil de aceite considerando faixa etária.

Sobre internação de adolescentes, ele disse que só aceitavam casos de 17 anos, e algumas situações a partir de 14 anos, estas motivadas somente por pedidos de internação compulsória por decisão judicial. Falou sobre o risco de atender essa faixa etária e da demanda de interlocução com o Conselho Tutelar como uma responsabilidade a mais. Preocupou-se em garantir que toda internação de adolescente era comunicada ao MP.

Cardoso espontaneamente contou de um caso. Uma menina internada lá por nove meses, nos quais mensalmente houve reunião com a rede do município para discutir ações. Não partilhou sobre decisões ou movimentos que tenham beneficiado a adolescente. Pensando a denúncia e a preocupação recorrente na internação de adolescentes, perguntamos sobre a situação escolar neste período. Defendeu-se rapidamente dizendo que só aceitou o caso por um pedido da promotoria de justiça. Cardoso não via problemas em não se frequentar a escola no período de internação e foi escorregadio quando questionamos sobre possibilidades de se garantir o processo educacional, tentar parceria com a educação, pensar estratégias criativas, outras, de forma a não ferir os direitos garantidos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, apenas disse que era impossível pensar tais ações.

Este foi um ponto de grande tensão, pois posicionamos: se ele não poderia garantir a lei, sequer estava disposto a pensar em alternativas, ele não poderia se responsabilizar pelo acolhimento de demandas de adolescentes, portanto, pois tal era de tamanha gravidade. O atendimento a adolescentes neste sentido não era parametrizado por diretrizes, portanto cabia a discussão pautada no ECA. Aproximávamo-nos da adolescente trazida na denúncia e a pressão era sentida na conversa. Passamos de diálogo a reservas.

Cardoso trouxe que só havia uma adolescente internada no momento, que fora a única que constava na listagem enviada posteriormente. Não falou nada sobre a adolescente que testemunhamos estar na enfermaria. Aquela sobre quem ele se referiu tinha família residindo noutra cidade, no interior de São Paulo. Nada mais informou sobre ela ou seu atendimento.

Neste contexto perguntamos sobre a adolescente cuja denúncia tratava nominalmente, mas sem referência à denúncia em si, como a promotora havia orientado. Ele nitidamente se incomodou. Impaciente, disse: “A internação dessa menina já virou uma lenda.” E, diferente do que trouxera a sua equipe anteriormente, ele disse que ela havia chegado com 16 anos (pelo menos dois anos de diferença do relatado pelas profissionais), que sua origem era de um município do Rio de Janeiro, que o quadro dela envolvia transtornos, mas não sabia qual, e que, caso a gente quisesse saber, só conversando com a equipe de saúde. Desconversou sobre o tempo, disse que foi um caso de idas e vindas. Contou que houve uma separação entre os pais e que ela tinha sido abandonada pela mãe e que o pai não quis a guarda.

Cardoso não sabia dizer direito nem por que ela havia chegado, nem bem como havia saído, ao mesmo tempo que consolidou que foram parceiros do Ministério Público no processo de atribuição de guarda ao pai, que moraria em São Paulo à época. Cardoso disse que ela ficou ali dois anos. A denúncia dizia três. Mas o que não parava de incomodar — como um mosquito no escuro de noite zunindo sem cessar — era como que o diretor de uma clínica de saúde teve por dois anos, pelo menos, uma adolescente cuja história era tão difícil e sabia tão pouco para contar. Ou não queria contar... o que fazia mais barulho ainda...

Pela configuração do trabalho, função institucional, condição de visita, ouvimos o que foi possível — e o que mais tarde foi transmitido.

Retomamos a conversa sobre a clínica, ainda podíamos dela ouvir mais. Defesas encurtadas, perguntas de funcionamento em jogo.

Da capacidade, a clínica disponibilizava 34 leitos, e assim eram chamados pela equipe. Na época, eram 28 internações de mulheres de acordo com a listagem enviada depois. Para o ingresso na clínica, Cardoso, vestido de honra novamente, vomitou sobre os rígidos protocolos: primeiro a avaliação com o seu próprio psiquiatra, se este validava a necessidade, então, próximos passos: avaliação psicológica externa com professora universitária especialista que prestaria serviços particulares à clínica, avaliação de EMDR²⁶, ECT²⁷, ressonância e tomografia.

²⁶ Terapia EMDR – Eye Movement Desensitization and Reprocessing, em português significa Dessensibilização e Reprocessamento através do Movimento dos Olhos.

²⁷ ECT – Procedimento de Eletroconvulsoterapia.

Salvo pouquíssimas exceções, o começo da internação sempre se dava por dias de observação na enfermaria para passagem posterior ao quarto. A quantidade de dias necessários lá era decidida pela equipe médica: caso a caso, sendo que toda segunda e quinta-feira era realizada avaliação tanto da necessidade de enfermaria quanto de manutenção ou mudança de medicação.

Sobre o tempo de internação, Cardoso garantiu que o mínimo era de 90 dias, já não havia um parâmetro máximo. A ser decidido caso a caso.

Das atividades cotidianas, além das já descritas pela sua equipe antes, ele incluiu trabalho de sonoterapia semanal, práticas esportivas diárias com educador físico (cena que pudemos ver no dia pouco antes de irmos embora), palestras de orientação com psicóloga educadora, cuidados ayurveda mensais e grupo de tabagismo com psicóloga da clínica. Entre as atividades, sempre preciosos 15 minutos de descanso. A rotina se encerrava 22h30, quando então as pacientes eram “incentivadas a dormir”.

Ao perguntamos sobre as famílias, visitas, atendimentos relacionados etc. foi evasivo. Afirmou que eram presentes na clínica, assim, generalista. Todavia, não deu um exemplo do que ocorria, não falou de ninguém em especial, não citou sobre um atendimento. Fomos mais diretas ao perguntar sobre o impacto da distância territorial entre as famílias e a clínica, pois ele havia relatado sobre os diversos lugares de origem. Mais uma resposta escorregador abaixo. Da lista enviada, uma mulher morava em Portugal, era uma médica que preferia tratar-se aqui para resguardar sua imagem, outra do Paraguai, sobre ela ninguém nos relatou o motivo; duas mulheres do estado do Paraná, e a grande maioria de cidades diversas do estado de São Paulo.

Da lista, ainda é importante destacar, mais de um terço tinha até 30 anos; o outro terço de 30 a 50 anos e as demais, quase um terço, mais de 50, havendo dois casos de idosas nesse universo (uma com mais de 70 anos). Eram mulheres nas fases de vida das mais diferentes, eram filhas, mães, avós, profissionais, solteiras, casadas, irmãs... Nesse universo circunscrito, privado, mulheres brancas, é importante destacar. As mulheres negras, poucas, que vimos executavam trabalhos de limpeza.

Termino aqui com a mulher com quem conversamos.

Daniele era exemplo de uma internação voluntária, Cardoso gabara-se disso e nós acreditamos, ela mesma o disse. Aquela era sua segunda internação, ali mesmo. Daniele afirmou tranquila que gostava do lugar (o mesmo onde não a deixavam dormir no quarto e voltar para pegar o seu suco).

Daniele era mãe. Fora diagnosticada com uma depressão pós-parto. Sentia saudades de sua filha. Chorou. Mas disse que ela entendia que aquilo era necessário, precisava de cuidados para poder cuidar. E queria cuidar. Sentia ali cuidado. Fez uma interrogação sobre a decisão de ver pouco a filha, queria ver mais, mas se achavam que assim era melhor, ela concordava. Que bonito esse voltar-se para si e para a filha... Mas conhecer Daniele e uma doçura generosa, confusa, lentificada, reverberou tantas perguntas em mim...

Será que só podíamos sonhar com um lugar assim? Um jeito de cuidar assim? Será que Daniele e tantas outras mulheres, mães, solitárias, alcoólatras, drogadas, deprimidas, bipolares, psicólogas, pesquisadoras entre tantas roupas que nos cabem, tenham de ser desconsideradas de si para receberem cuidado? Será que no campo das considerações só lhes cabe o papel do barulho incômodo, da característica “críca”, do adjetivo “escandalosa”?

Será que cabe ser sujeito e ser mulher?

Narrativa 7. Des-assistir para custodiar

Um homem tentava andar por um pátio largo e sem colorido algum. Outro homem quase o atravessava no enfrentamento que fazia, tinha uma cadeira em mãos, batia-a no chão, fazia um som, tipo um rosnado, parecia alguém a escorraçar um animal que lhe incomoda ou até mesmo assusta. Mas este “animal” era outro homem, que, para quem assistia à cena atônito pela condição não humana da ação, não oferecia risco algum. O homem afugentado tentava seguir adiante, cabeça baixa, pouco respondia à provocação violenta que o cercava.

Ambos estavam uniformizados. O homem com o poder institucional em mãos representado por uma cadeira era um agente penitenciário, responsável pela lida diária com os “pacientes crônicos” daquela “ala crônica”. O homem que afligia o agente era, portanto, um “paciente crônico”, que vivia na ala de pacientes que seriam mais difíceis, inclusive, mais perigosos. Para nós, ambos eram mais, mas para os fins de nossa breve estada, tais informações seriam o bastante na apresentação do funcionamento do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) na visão da administração do local.

Era a primeira vez que uma promotora de justiça que respondia pela saúde entrava no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico naquele município do estado de São Paulo; assim ela nos contou quando nos solicitou acompanhamento numa visita de inspeção ao local. Ela explicara que não entendia por que, mas até então apenas os promotores responsáveis pela execução criminal faziam as visitas. Ela entendia que os aspectos referentes à saúde lhe

cabiam, e por isso nós a admirávamos; apesar da gerência institucional pertencer à Secretaria de Administração Penitenciária do estado, aquilo era um Hospital e devia estar pautado, pelo menos também, em diretrizes da Saúde.

Entre absurdos e contrassensos que remeteriam a outro século facilmente encontrados no percurso do dia, o impacto indescritível de uma cela pequena, gradeada, escura... dentro dela um colchão no chão, sem lençol, e um copo plástico de água que o ladeava. Um homem deitado nele, inerte.

Diante do inexplicável, a pergunta da promotora de justiça rompe o silêncio de toda a equipe, ela queria escutar sobre qualquer motivo que justificasse o injustificável. A justificativa ficou no plano da ausência de recursos para a construção de uma sala de contenção adequada. Cela gradeada versus sala de contenção adequada.

Apresentou-se a característica relativamente nova de um crescente público que adentrava os muros do HCTP por delitos vinculados ao uso de drogas. A instituição apresentava dúvidas quanto à sua real pertinência na aplicação de medida de segurança, também quanto ao trabalho que deveria ser dirigido a este contingente. A equipe decidiu dividir o trabalho em duas direções: o “público adicto” e o “público crônico”.

Aqui cabe uma “pequena” observação: adictos ou crônicos, a maioria era negra. Semelhança trágica e inquietante com os grandes equipamentos carcerários no Brasil.

Também conhecemos a ala feminina. Eu estava grávida. O diretor preocupou-se com minha entrada. Quando ele se preocupou, de imediato me preocupei. Perguntei sobre como entrar, pois imaginei que deveria haver uma forma possível, afinal. Compreendi sim que havia um risco, mas também compreendi que ele não devia barrar-nos. Façamos com cuidado. Naquele lugar prioritariamente masculino, havia uma ala feminina que precisávamos conhecer. Ele alertou para o fato de que muitas mulheres estavam ali por crimes contra os filhos e uma mulher-mãe podia provocar situações difíceis. A psicóloga, cujo trabalho se apresentou tão sério e comprometido, que nos acompanhava considerou que seria possível e fomos.

O medo fazia morada naqueles muros tão antigos, tão cheios de dor, senti desde o início. Mas de fato, na tal ala feminina havia algo ainda desperto da humanidade nos detalhes de cada leito, de cada cama, de cada olhar, fosse doce ou furioso — pois se deitavam sobre nós a maior diversidade deles. Uma mulher carregava uma boneca, acompanhou-nos de longe, “essa é minha filha” ela contou. Com tanta humanidade, também o medo estava ali. Elas não pareciam alheias, anestesiadas, ainda que algumas estivessem.

O mais assustador da cena era a narrativa de agressividade junto ao tom de irrecuperabilidade. O casamento mulher-agressividade-loucura. Mas também ali as histórias-limite que assombram a todos e se revelam como o desafio de discussão de uma luta antimanicomial que esbarra nos limites dos efeitos do horror.

Se por um lado isso estava como emergente, como questão, por outro lado estava a narrativa de uma profissional cuidadosa que gentilmente, pacientemente buscou desconstruir a monstruosidade de um homem que vivia ali há anos por crimes assombrosos. A partir da menção de saída possível, no fim da vida, por manejo legal, esse homem pôs-se a apresentar-se útil na rotina, oferecia-se para realizar pequenas e fundamentais tarefas. Lembro que ela disse que se punha a varrer e varrer. Assim, ousando ser demasiadamente humano mesmo, tamanha a aflição da remota ideia de sair dali. Ela disse: todo dia ele se faz importante agora, porque aqui é seguro.

À época, um único profissional da área da psicologia para atender uma média de 90 internos. À época, na rotina do cotidiano, o contato direto realizado por agentes de segurança da administração penitenciária. Relatos de anos e anos de vida encarcerada justificados pela continuidade da marca de periculosidade que carregavam as pessoas ali custodiadas mais que assistidas.

Não por ausência de esforço de profissionais, era mais pela ausência de profissionais do cuidado, mais pelo desejo extramuros de desassistência, de esquecimento. Ficava a sensação: esqueçamos os perigosos afinal...

Narrativa 8. Quando me voluntario para o involuntário

Essa era só mais uma onde o voluntário, no caso, a voluntária, estava involuntariamente internada. Mas como assim? Assim, voluntária no discurso terceiro, em primeira pessoa outra história, outro dito. “Mas ela entrou por vontade própria. Acontece que depois de uns dias a abstinência é grande e daí ela quer sair, entende? Precisa ultrapassar esses dias (meses) pra poder voltar a si e entender que estar aqui é o melhor, nesses dias num tem condição pra decidir o que é melhor...”

E isso não era ali, era em qualquer comunidade terapêutica das tantas que visitamos pelos anos de trabalho. Essas frases foram emitidas em muitos lugares, as mesmas justificativas.

E assim o discurso seguia, segue. Um discurso com boa intenção, importante reconhecer, a rede à sombra não é feita de gente má. As bordas da política de abstinência envolvem vontade de cuidado. E a questão aqui não é desvalorizar ou valorar os caminhos da abstinência, mas defender que a permanência do voluntário quando estamos diante de internações involuntárias é questão que não deve passar sem enfrentamento...

Era uma visita acompanhando um promotor de justiça que se comprometeu com uma tarefa ampla, fiscalizaria as tantas entidades de atendimento enquadradas como comunidade terapêutica no seu município no interior de São Paulo (fizemos algumas visitas com ele nessa época). Dessa vez fomos, duas psicólogas alocadas em São Paulo (eu na grande São Paulo e nossa coordenadora), auxiliar na demanda de uma cidade do interior cuja equipe estava contando com apenas uma profissional do serviço social. Ela era “o” NAT nesse território com muitos municípios distribuídos num terreno vasto. Nós éramos poucas e poucos para uma imensidão de trabalho em todo o estado, bom marcar.

Nesse sentido, merece destaque que, diferente de muitos municípios do entorno de São Paulo, sobre o qual trabalhamos na pesquisa, esse era um território com algumas possibilidades, era menos precário, o que impacta obviamente na apresentação mais estruturada dos serviços.

Todavia, isso está longe de garantir efetivação de direitos ou pelo menos a adequação de uma organização não confusa quando se trata dos serviços que se estabelecem pelos “entres”, que aproveitam as beiras para existir; é como aquelas plantinhas verdinhas que prosperam nas fendas do concreto com muita facilidade...

Essa tal instituição visitada tinha um tal estatuto social que explicava que não tinha fins econômicos, ou seja, toda renda que entrava era para ser reinvestida no seu funcionamento. Mesmo assim, essa tal instituição tinha uma tal natureza jurídica privada, em que era classificada como “Atividades de assistência psicossocial e à saúde a portadores de distúrbios psíquicos, deficiência mental e dependência química não especificadas anteriormente.”²⁸ No entanto, essa tal instituição foi apresentada pela responsável como comunidade terapêutica, com a garantia de que suas atividades estavam restritas ao atendimento de dependentes químicos. Não satisfeito o mosaico, a tal responsável da tal instituição tinha aberto aquela “clínica” — sim, ela assim chamava o seu “Centro de Tratamento” (parte da identidade formal nomeada) — depois de ter um trajeto anterior na política de educação como diretora de escola.

²⁸ Tal descrição estava considerada no “CNAE – Classificação Nacional de Atividades Econômicas”.

Essa confusão de nomes, identidades, registros e documentos entre como me classifico na estrutura de um parâmetro de atendimento e saúde e um outro parâmetro de configuração de atividades econômicas deixava a gente bem confusa, sempre... e parecia mesmo a ideia.

Veja, a composição diversa com uma trajetória de vida da responsável poderia ser uma coisa interessante, no entanto, aqui devemos ir pensando no quanto a confusão da natureza do serviço vai se apresentando como ferramental na existência das brechas manicomialis. A confusão de identidades parece servir ao mesmo propósito que serve a confusão entre o que chamamos de voluntário e o que vemos de involuntário na prática cotidiana.

Uma antes diretora de escola abre uma comunidade terapêutica, que ela nomeia formalmente como um centro de tratamento, mas à qual se refere informalmente como clínica; essa é inscrita nos registros de classificação nacional de atividades econômicas como atendendo uma variedade de perfil para além da dependência química e ainda tem um estatuto que garante não ter finalidade econômica. No fim, ela formula mesmo que é uma comunidade terapêutica que só trabalha com dependência química quando a seguir vai contar das exceções.

A responsável, Lívia, orgulhosa do trabalho terapêutico que oferecia, atuava no campo há mais de cinco anos e tinha como base de formação, relatada por ela mesma, os cursos oferecidos pela FEBRACT²⁹ e pela mentoria de um programa de Augusto Cury.

Era um espaço de atendimento exclusivo para mulheres, um grupo de 22 mulheres que foram apresentadas por Lívia como inserções de apenas internações voluntárias. Os valores pagos poderiam ser variados e não passavam de um total do que corresponderia a um salário-mínimo.

As confusões, que sempre acompanham as verdades repetidas ao Ministério Público nas visitas, iriam se estabelecer ao longo do contato com documentos e informações ditas. Começamos com o documento referente ao ingresso na internação voluntária, uma ficha intitulada “Declaração”.

Na tal declaração, a mulher assinava um texto simples de adesão a um tratamento de dependência química. Não seria de estranhar, até chegar um pedacinho que continha: “por

²⁹ “A Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT), fundada em 16 de outubro de 1990, pelo Padre Haroldo Joseph Rahm, pioneiro em Comunidades Terapêuticas no Brasil, e pelo Prof. Saulo Montserrat, tem como objetivo fortalecer, organizar, capacitar e assessorar as Comunidades Terapêuticas em todo o território Nacional. Além de atuar em parceria junto ao poder público na elaboração e execução de políticas públicas no que se refere à Dependência Química.” Disponível em: <<https://febract.org.br/portal/historia-da-febract/>>. Acesso em: 29 out. 2022.

livre e espontânea vontade e com o consentimento da minha família”. Uai, mas por que era preciso o consentimento de alguém? A escolha das palavras.

A coisa continua, porque há um contrato de prestação de serviço e, nele, a assinatura que consta é de um responsável ou familiar, denominado “contratante”. De novo, a disputa de uma ação voluntária com uma ação comercial cujo objeto de negociação não é a pessoa que se voluntaria para o serviço. Como as palavras explicitam, há um negócio em jogo: um terceiro contrata o serviço e a contratada recolhe uma assinatura numa declaração de “livre e espontânea vontade”, com o “consentimento” de uma pessoa contratante. No tal contrato, a pessoa internada aparece apenas no item “do objeto de contrato”, Mulher como objeto de contrato. Mulher-Objeto.

Segue o desfile das contradições entre o dito e o documentado...

O contrato traz uma cláusula que trata sobre prazo de internação. Dizia que um prazo previsto inicialmente poderia ser prorrogado por “mútuo consentimento” (o que já entendemos parecer dizer do contratante — que não é a mulher internada, mas um tal responsável) e aí vem um adendo importante: “desde que a equipe médica e terapêutica ateste sua necessidade”. Bom, se antes já havia um terceiro a quem se destinava o tal contrato, que não é a pessoa que se voluntaria para o tratamento, o contrato explicita outro ator no processo de decisão sobre o tempo de reclusão: uma equipe de saúde.

Vamos seguindo nas camadas que parecem obstaculizar a possibilidade de decisão da pessoa com a voluntariedade em jogo...

Tivemos acesso a outro documento. Sim, nesse lugar os documentos eram levados mais a sério. Lá, diferente de tantos lugares mais negligentes (e eu não estou sendo irônica), existia um tal “Projeto Terapêutico”. Nele, uma informação de que o tratamento se constituía em seis etapas, bem descritinho, tendo um mínimo de internação de 180 dias. Nesse sentido, surgiu na contramão uma informação prestada por Lívia durante a visita, pois ela havia afirmado que o tempo máximo de internação era de seis meses (os 180 dias, afinal), esclarecendo que se a mulher ou a família optassem pela saída em qualquer momento do tratamento seria respeitado (mulher OU família), trazendo alguns exemplos de internação breve.

Na listagem de pacientes que nos foi apresentada, observamos que quatro das mulheres estavam internadas há mais de seis meses, ininterruptamente.

As dissonâncias seguem...

Nem todas estavam ali por demandas relacionadas a dependência química. Segundo a própria responsável, ali estavam mulheres com esquizofrenia e Parkinson. Com uma dessas

mulheres descritas esquizofrênicas, nós conversamos um pouco. O promotor nos esclareceu que estava aberto um processo individual para apurar a situação dela, mas não entrou em detalhes conosco, ficou a dúvida de como ele pensava a contradição colocada em cena e quais possibilidades ele realmente vislumbrava. Como era comum, encontramos a linha de produção do manicômio. De 22, pelo menos duas mulheres estavam depositadas no limbo de funcionalidade dos serviços que não eram manicômios como nome.

Era frequente em comunidades terapêuticas perceber o quanto a distância não é barreira para o encontro da demanda de internação com esses serviços espalhados por aí. Ainda que metade das mulheres internadas fossem do município em questão (onze), havia mulheres de oito outros municípios diversos do estado de São Paulo — alguns com mais de 100 km de distância — e havia 2 mulheres do estado do Rio de Janeiro, de dois municípios diferentes. Quanto a faixa etária, mulheres de 19 a 58 anos, nenhuma adolescente, nenhuma mulher idosa. As visitas familiares apenas no terceiro sábado do mês, por duas horas, o contato telefônico uma vez por semana — sempre acompanhados por um profissional — pra variar, zero privacidade.

Não perdíamos a oportunidade durante as visitas de lembrar do texto constitucional que garante a não inviolabilidade da intimidade e da vida privada (Art. 5.º, X), cuja importância parece realmente despercebida nos lugares de reclusão. Cuidado e direitos deveriam estar alinhavados. Saúde e cidadania.

Dáí vem o conhecido controle, daqueles que nem são pensados, apenas reproduzidos pela lógica internalizada: a tutela de materiais de higiene pessoal (pessoal, isso) — escova de dente, xampu, sabonete, só são entregues na hora do uso (sim, o uso tem hora marcada). Hora de escovar dente, hora de tomar banho... Pra alguém que nunca teve liberdade cerceada, dá pra imaginar que num dia de calor que você suou demais e queria só tomar uma duchada isso ser negado porque não é a hora? Parece que a gente precisa se chocar com a violência física (que é chocante e abjeta), mas a gente poderia se chocar com os detalhes, porque juntos vão dando conta de uma estrutura disciplinar que modela corpos e comportamentos de forma a homogeneizar sem a mínima escuta de que há singularidade humana em cena.

Todo dia, não importa se segunda ou domingo, acordam às 7h, dormem às 22h, por meses.

Podemos cair na cilada de achar que escolher a hora de tomar banho é supérfluo, ou a possibilidade de não ter hora pra acordar uma vez por semana. O sonho com as escolhas do fazer com o próprio corpo, na simplicidade cotidiana, não é dispensável nem banal.

Lembrei-me dos tempos investidos em relatórios de visitas em Fundação Casa, quando parte do relatório sempre foi dedicado a questionar os cortes de cabelo padronizados a fim de eliminar a subjetividade dos meninos já privados de tanta existência. Uma lógica disciplinar que, entre tantas ferramentas, ainda persistia na impotência de investir em medidas de fato socioeducativas, fazendo valer o punitivo. Quantas coisas interligadas, mas voltemos à tal comunidade terapêutica.

O quadro de recursos humanos parecia interessante. Lívia apresentou uma lista robusta de um responsável técnico médico, dois médicos que atendiam na clínica, dois psicólogos — específica que são de orientação cognitivo-comportamental —, um nutricionista, um professor de educação física, mais dois terapeutas que trabalham com o método dos Doze Passos exclusivamente. Todavia, na hora de apresentar o tempo que de fato estão no serviço, a realidade é escassa. Os médicos, por exemplo, cada um atende a cada 15 dias se revezando, o psiquiatra uma vez no mês e o clínico geral uma vez no mês. Os psicólogos, cada um, uma vez por semana. O nutricionista entrega um cardápio semanal. O educador físico, uma vez por semana, duas horas de atividade.

No geral mesmo, tal como vimos no dia da visita, o acompanhamento e as atividades realizadas ficam a cargo de monitores voluntários, sete ao todo. A comunidade-clínica entra com uma ajuda de custo (não especificada) e oferece o quarto para pernoite, já que a organização do trabalho deles acontece assim: trabalham dois dias e folgam dois dias. O quarto reservado a eles chamou nossa atenção pela quantidade de pertences e roupas, interrogando sobre a real condição de contrato ali entre trabalho voluntário e precariedade de moradia.

Lívia deixa óbvia a história pregressa dos voluntários como “ex-usuários e dependentes” e articula a ideia de que o trabalho voluntário os ajuda a se manter abstinentes, fazendo clara a recorrente realidade da sutil fronteira entre internados e ex-internados num ciclo de abstinência programado e a exploração de uma mão de obra num mercado de internação apoiado na manutenção de uma terapêutica.

Ainda sobre o quadro de funcionários, mais duas informações interessantes. Lívia manifestou que ainda havia um coordenador no enquadre institucional. Ela disse que era seu namorado e não descreveu qualquer atividade que seria de sua responsabilidade. No dia da visita estava presente a filha de Lívia, auxiliando a mãe no trabalho administrativo, ela não fora colocada como funcionária pelo discurso de Lívia. De qualquer forma, ainda que tivesse apresentado muitos documentos para nossa equipe, a lista de funcionários não o foi. Era mais

uma visita em que podíamos testemunhar uma organização familiar no campo híbrido cuidado-negócio.

No dia em que lá estivemos presentes, além da responsável administrativa (dona) e a filha, estavam os monitores e uma terapeuta que fazia um grupo com as mulheres (orientada pelos Doze Passos).

Passando à dinâmica institucional, temos laborterapia, palestras, oficina de artesanato e culinária e o tratamento conhecido como Doze Passos. Nenhuma perspectiva mínima de leitura singular, específica, individual. Só o todo. Embora no tal contrato de prestação de serviço haja um tal plano elaborado individualmente para o tratamento da paciente, quando perguntada, Lívia disse que isso era garantido pelo atendimento individual dos profissionais da psicologia.

No cronograma de atividades semanais estavam previstas atividades de cunho religioso, duas vezes por dia. Quando perguntamos a Lívia, ela disse que as mulheres ouvem “cantos de louvor” de uma determinada igreja, garante não ter cunho doutrinário, mas ressalta que as mulheres têm o dever de participar. O momento de “espiritualidade” (descrito assim) entra sempre após o desjejum e o jantar. Lívia assim manifesta o que está documentado no tal regulamento interno que nos apresentou: a obrigatoriedade de “fazer a oração”.

A obediência era bandeira, inclusive nas paredes dos dormitórios, a repetição “normas”, “regras”, “princípios”, “disciplina”, tudo no propósito bíblico de “viver em paz e harmonia”. Ali pregado na parede, com essas palavras mesmas.

O tal funcionamento asilar com regras disciplinares articulado à pauta religiosa.

Sobre a tal laborterapia, é importante atentar que não há nenhum funcionário destinado a limpeza, organização, alimentação, roupas etc. Todo o trabalho de manutenção do serviço é realizado pelas mulheres que estão internadas. Lívia ainda destacou que o trabalho na cozinha fica apenas destinado às mulheres “estabilizadas”, sem entrar no mérito do que isso significaria. Arrisco dizer, pelos anos de visitas caminhados, que as instituições temem o uso das facas de forma inadequada.

Pensemos aqui que, o trabalho cotidiano por meses a fio numa situação de reclusão, há quem defenda como argumento terapêutico. Agora, num lugar em que isso se mantém sem qualquer vinculação minimante discursiva do sentido a ser criado com essas atividades, nenhum objetivo terapêutico consistente sequer apresentado como argumento, em que o trabalho cotidiano não conta com qualquer profissional à disposição, num dia a dia planejado apenas sobre o trabalho de voluntários e das mulheres internadas, laborterapia parece apenas

camuflagem para exploração de mão de obra. Mas lembremos que a tal confusão faz parte do negócio...

Também não passemos despercebidos de que é uma instituição para mulheres e para as mulheres o trabalho doméstico é naturalizado.

Não há costura de sentido entre as atividades, nem discursiva, não há costura entre o dentro e o fora, não há costura com a rede do entorno, isso nem aparece como questão.

O único vínculo com o mundo extramuros previsto era para participação de atividades em grupo do Narcóticos Anônimos, levadas no carro próprio de Livia. Mas, claro, apenas com a autorização do contratante. A decisão de participar ou não da mulher que se voluntariou ao tratamento voluntário não era suficiente. É preciso não confundir cuidado com controle.

Vamos a mais uma evidência do que podemos chamar de conto do voluntariado... Voltando ao contrato celebrado com um responsável, lá constava uma cláusula sobre a etapa de ressocialização — a mesma que não pudemos verificar existente. Essa “etapa” ficava atrelada à inserção da paciente no programa de ressocialização SE a família se responsabilizasse pela “remoção e encaminhamento de volta”.

Bom, primeiro que a etapa de ressocialização era colocada condicionalmente, podendo não acontecer a depender da disponibilidade da contratante que não era a mulher. Segundo que a comunidade não prevê planejamento para tal sem a participação da família. Novamente é sobre contratante e contratada. O objeto não entrava no jogo de escolha dos sujeitos envolvidos no negócio, afinal.

Uma outra pista importante: a ideia de que há a responsabilidade de uma remoção e de um encaminhamento de volta. Se afinal o tratamento é voluntário, por que a aposta em ir e vir não está baseada na autonomia da própria mulher? A mulher poder considerar que não voltará deveria ser premissa básica da direção de um tratamento que se pauta na escolha de estar ou não aderindo a ele.

As pistas do contrato continuam a saltar diante dos olhos. Uma cláusula mais à frente dizia que a contratada “não se responsabilizará pela evasão”. Se a condição de atendimento está atrelada à noção de voluntariedade, a noção de evasão (ligada à noção de fugir, escapar) está absolutamente contrária, pois teoricamente o serviço não se presta a restringir liberdade. Assim, fica a questão de que o engodo talvez esteja no uso da voluntariedade mesmo, infalível, infelizmente. Mais uma vez e não só ali, ali como emergente.

Mas fica difícil esperar alguma criticidade quanto a algumas questões, inclusive porque no rol de elementos explicitados no contrato quanto à sua desresponsabilização está também o de falecimento. Sim, no contrato que a família assina, assim como não são

responsáveis por evasão, não são responsáveis nem por intercorrência clínica e nem pelo falecimento da mulher. Esse é o tipo de cláusula no contrato de prestação de serviços manejado por pagamentos que pode ferir a humanidade negligenciada. Veja, qual o sentido? Se uma pessoa morre em algum lugar, a verificação da causa da morte será apurada e se houver responsabilização cabível, será executada, ponto. O nível de objetificação é chocante porque o que prevalece enquanto negócio é uma cláusula de proteção à contratada.

Uma possível Mulher-Morta-Objeto.

Mas havia algo sobre o qual se responsabilizavam: a guarda de documentos pessoais. Ainda que a mulher teoricamente pudesse escolher partir, elas não podiam ficar com seus documentos.

Também durante os meses de internação, o único acesso a informações era possibilitado pela televisão, nada de jornais, revistas, internet. Celulares? Guardados com acesso negado.

E quando falamos de acesso a conteúdo televisivo, pelo tal regulamento era assim: durante a semana, depois da laborterapia, um pouco antes do jantar e com volume baixo; já nos fins de semana era livre, COM a autorização dos monitores — a concepção de liberdade posta em questão. Parecia que nada ali era livre sem a autorização de alguém.

Isso não era incomum em visitas a serviços similares. Sempre gostávamos de lembrar que a LEI 10.216/2001, no art. 2.º, onde estão definidos direitos da pessoa com transtorno mental, previa que um deles garante “VI – Ter livre acesso aos meios de comunicação.”

Se pra entrar precisa de um terceiro contratante, se para sair precisa de uma avaliação de profissional e se pra escolher ver TV de fim de semana precisa da autorização de um monitor, fica difícil apostar que alguma coisa de fato possa ser escolhida, né?

Se pensamos o cotidiano, a restrição de trânsito, a ausência de família, a distância de uma vida comunitária, o afastamento das notícias no mundo, o obstáculo no alcance de pertences, como poder fazer alguma aposta de um projeto que considere a noção de ressocialização amplamente divulgado na proposição de trabalho das comunidades terapêuticas?

Mais uma vez esbarramos no impossível do atendimento em clausura e da insustentabilidade da noção de voluntariedade efetiva. Das contradições que habitam entre os avanços de uma proposta de cuidado em liberdade e o anseio pelas internações, ainda que cheias de boas intenções de assistência. Mais uma vez entre a saúde e a mercantilização.

Mais um clínica-cínica.

PARTE 3: Emersão: retornando à superfície

Capítulo 1. Contextos de Encontros e Desencontros

Embora pareçam cenas de um passado distante, as narrativas partilhadas foram experiências vividas como psicóloga do Ministério Público de São Paulo (MPSP), entre os anos de 2013 e 2018, em territórios no entorno do município de São Paulo.

As questões disparadoras que se tornaram objeto deste estudo emergiram de diversos encontros que revelavam aquilo que escapava ao previsto e que contradizia o parametrizado. No texto que segue, considerando as narrativas, apresentaremos alguns contextos e situações que se referem às visitas referidas na segunda parte desse estudo.

Pelas narrativas, são resgatados universos e contextos bastante diferentes, exceto pelo fato de que em todos eles ocorreram intenações justificadas devido ao sofrimento psíquico das pessoas asiladas que eram normalmente acompanhadas de algum laudo documentado ou transtorno descrito e tacitamente acordado entre partes.

Todas as situações contidas nas narrativas foram disparadas por solicitações institucionais específicas vindas de alguma promotoria de justiça ao Núcleo de Assessoria Técnica Psicossocial do Ministério Público de SP (NAT-MPSP), do qual a pesquisadora fazia parte. Tais solicitações referiam-se a visitas da equipe técnica para acompanhamento de um serviço, ou até motivadas por denúncias às promotorias, fossem elas identificadas ou anônimas. Esse contexto do trabalho que circunscreve o campo será explicitado mais adiante. Por ora, nos limitaremos a apresentar brevemente os diversos cenários.

Inicialmente, é importante salientar que muitos serviços adentrados não seguiam necessariamente uma organização evidente que pudesse de fato nomear um enquadramento formal. Tais serviços eram chamados de “irregular” nas descrições de relatórios produzidos no contexto cotidiano do trabalho realizado pela equipe do NAT- MPSP, pois funcionavam sem uma perspectiva de normas mínimas ao que deveria ser esperado como desempenho de determinadas atividades.

Ou seja, em alguns casos, não era possível delimitar um enquadramento institucional ou legal para justificativa de existência formal para o atendimento prestado; considerando os documentos norteadores que se propunham a tipificar as configurações de serviços nas políticas públicas, fossem no âmbito da Saúde, ou da Assistência Social (campos com os quais havia interlocução nas demandas atendidas constadas nesse trabalho).

Não havia, portanto, parâmetros regulatórios que norteassem o processo de fiscalização³⁰, pelos quais pudessem ser propostas adequações; o funcionamento era ilegítimo e ilegal — estrangeiro às normas, mas existentes. Ainda assim, esses estabelecimentos funcionavam há anos, pautados em vieses que algumas diretrizes poderiam indicar, não de forma direta, mas ao forçar uma interpretação, um encaixe em deformidade e distorção.

Exatamente porque o serviço existia e não podia ser negado, havendo pessoas “atendidas” sob uma organização institucional, a visita de um órgão destinado à garantia de direitos era exigida, considerando que o âmbito dos direitos envolve a análise de execução de políticas públicas, sua implementação e as normas que regem as ações. Também no setor privado, o acompanhamento era necessário, já que os serviços devem seguir os parâmetros legais estabelecidos nas esferas federais, estaduais e municipais, mesmo que, para alguns administradores de diferentes setores, isso não seja óbvio.

Passamos agora a uma primeira dimensão analítica das narrativas buscando explicitar a seguir aspectos das instituições e contextos das visitas consideradas, que foram contempladas nas oito narrativas contidas na Parte 2 da pesquisa.

Dentre as narrativas, uma refere-se a uma comunidade terapêutica, cuja visita fora motivada pelo pedido de uma promotora de justiça que assumia como titular no cargo da Infância e Juventude e entendia a necessidade de interlocução com a equipe técnica psicossocial do NAT-MPSP para encaminhar um processo que já estava em andamento. Tal solicitação estava circunscrita na esfera de atuação de uma Promotoria de Justiça de Infância e Juventude e tinha como foco a questão de regularidade, ou não, da situação mais específica de internação de adolescentes. Questões ligadas à saúde não estavam explicitadas, já que na divisão interna institucional essas seriam atribuições de operadores diferentes.

Outra situação abordada em narrativa foi ensejada pela Promotoria de Infância e Juventude de outra comarca e reservou-nos uma situação inesperada, pois neste caso a solicitação tinha como foco as visitas de rotina aos Serviços de Acolhimento Institucional a Crianças e Adolescentes (SAICA) — destinados a crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade e risco social, tipificado dentro do âmbito da Política de Assistência Social da cidade. Todavia, ao adentrarmos um dos SAICA listado no pedido, tratava-se de outra configuração institucional, uma entidade histórica, especializada, cujo público atendido era

³⁰ Aqui parece importante esclarecer que o Ministério Público utiliza parâmetros legais e diretrizes pactuadas para a realização das fiscalizações, cumprindo a função institucional prevista na Constituição Federal de 88 — objeto que será trabalhado no capítulo 2.

majoritariamente composto por pessoas adultas e idosas: pessoas com deficiência e em grande número com internações de longa data.

Há uma narrativa que se desdobra a partir de uma denúncia anônima endereçada à Promotoria de Justiça, cuja solicitação encaminhada ao NAT-MPSP demandava explicitamente uma visita institucional acompanhada de um posicionamento da equipe técnica quanto ao conteúdo exposto.

A denúncia relatava uma situação de uma adolescente internada numa clínica do setor privado que seria destinada apenas ao público feminino. Foram assinalados nessa denúncia: o tempo demasiado de internação (três anos no total), o afastamento escolar e o uso exagerado de medicamentos que a deixariam em situação de anestesia somado ao tempo excessivo que permanecia reclusa na enfermaria. Nesse caso, ainda que a denúncia tratasse da situação de uma adolescente, a atuação deu-se por uma promotora de justiça do município, com atribuição na esfera de Saúde.

No contexto da visita ensejada por esta denúncia, participaram a psicóloga (pesquisadora), a assistente social da equipe da mesma regional, todavia, sem a promotora de justiça, que optou por encontrar com as profissionais em situação posterior à visita. A equipe teve acesso a um relatório anterior da Vigilância Sanitária, porém não obteve informações que pudessem subsidiar alguma verificação sobre a conduta denunciada.

Nessa situação, é importante destacar, a mesma equipe, meses depois, retornou ao serviço realizando uma vistoria em parceria com o Conselho Regional de Psicologia — um dos desdobramentos do processo aberto na Promotoria de Justiça que a primeira visita do NAT-MPSP auxiliou a compor na direção de apurar as irregularidades no funcionamento da Clínica. Na narrativa apresentada neste estudo, apenas foram trazidas as memórias da primeira visita.

Uma das narrativas é referente à visita a um Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) a partir da solicitação de uma promotora de justiça a quem cabia a atuação na área da saúde, sendo a primeira iniciativa no âmbito da esfera cível. Ela explicara que antes a fiscalização no serviço era realizada apenas na perspectiva da esfera criminal, sobretudo por estar alocado na gestão da Secretaria da Administração Penitenciária (SAP) do estado de São Paulo.

Registros de memória de visita a outra comunidade terapêutica partiram da demanda de fiscalização a todas as unidades (de comunidade terapêutica) no município, que neste único caso pertencia a outra regional no interior da qual nossa equipe foi chamada a participar. Os serviços já haviam sido instruídos quanto a limites básicos que não podiam ultrapassar e

assim já haviam tomado algumas medidas. Nesse caso tivemos o acompanhamento do promotor de justiça e seu feedback sobre o trabalho conjunto, que revelava, de sua perspectiva, os ganhos do interdisciplinar e do campo de fronteira justiça-saúde.

Tais contextos partilhados até aqui revelam pistas sobre a complexidade institucional do Ministério Público, cuja atuação será marcada pelas arestas da divisão de temáticas específicas: área da Infância e Juventude, área de Direitos Humanos (na qual há subdivisão de idosos, pessoa com deficiência, saúde etc.) entre outras. Desse modo, o trabalho se desenvolve a partir de olhares especializados para as tomadas de decisão, tendo como desafio as barreiras dadas por tal separação, que interfere no campo de efetivação da garantia de direitos — que será trabalhado no capítulo adiante.

Tais realidades, que provocam insistentemente estranhamentos acompanhados de sentimento de indignação frente às violações do direito à liberdade e à violência no lugar do cuidado, suscitaram muitos questionamentos que se apresentaram como pulso para realização desta pesquisa.

Quanto à reclusão em instituições totais (GOFFMAN, 2003), como é o caso de asilos que têm semelhanças com os hospícios instalados do Brasil desde meados do século XIX, com a fundação do Hospício de Pedro II, que começa a funcionar efetivamente nos anos 1880 no Rio de Janeiro (SCHWARCZ, 2017), não há como não nos remetermos a movimentos internacionais iniciados no pós II guerra mundial e aqueles que se organizaram no Brasil, principalmente na década de 1970, como os movimentos de reforma sanitária e psiquiátrica e posteriormente ao movimento de luta antimanicomial. O entendimento que passou a ser considerado sobre a expressão manicômio, como relações de violência, discriminação, exploração, submetimento, suscita um olhar cuidadoso sobre as relações estabelecidas em nossa sociedade.

A validação de uma contínua prática de internação, objeto sobre o qual recai o tema das narrativas, faz-nos refletir acerca do que manteve sua demanda de existência ativa e ainda reconhecida por tantos atores sociais, que, no caso, puderam ser representados ora por parte de profissionais das Redes de Atenção Psicossocial (RAPS) com quem pudemos ter contato, ora por parte de familiares que buscavam formas de realizar internações psiquiátricas nas mais diversas situações, mesmo que não legitimadas formalmente, e também por alguns operadores do direito, no caso, inclusive, promotores de justiça, que também não verificavam outra alternativa de proteção e cuidado; posicionamentos, no geral, carregados de autêntica preocupação com as pessoas em sofrimento psíquico.

Tais realidades nos impuseram muitos questionamentos que passaram a compor o contexto do trabalho cotidiano e disparar perguntas amplas referentes ao que teria acontecido no processo de avanços oriundos da luta antimanicomial que ainda não tinham podido romper com a sistemática internação de pessoas em sofrimento mental. Eram inquietações, considerando os marcos legais e a política nacional de saúde mental, que se dirigiam também aos atravessamentos e obstaculizações presentes no processo de mudança que ocorreu no Brasil referente à reforma psiquiátrica e ao campo da saúde mental.

Scarcelli (2011) refere-se à noção de exclusão para discutir a problemática relativa a esses campos e à luta antimanicomial tendo o manicômio como emblema de relações de violência e discriminação, levando-nos a considerar que “a questão antimanicomial e os princípios que a fundamentam estão para além do hospício” (p. 23). Isso exige buscar os nexos entre as transformações no mundo do trabalho capitalista com suas consequências ético-políticas e de justiça social e o campo da Saúde Mental. (SCARCELLI, 2011)

Nesse sentido, a tarefa encontra-se num movimento que sai da exclusão para a reinvenção da vida, tal como deliberou o I Encontro Nacional do Movimento de Luta Antimanicomial em Salvador em 1993, cujo relatório resgatado por Scarcelli fomenta a discussão:

Se a instalação de uma reforma psiquiátrica brasileira está para além do fechamento dos hospícios e é uma dentre tantas coisas necessárias para “reinventar a vida”, pressupõe-se que deva estar em curso um processo de mudança que pode passar tanto por propostas de inclusão do sujeito nos serviços assistenciais e, desse modo, por investimento e adoção de medidas de proteção social, quanto pela transformação social radical que implica a superação da sociedade capitalista e dos processos excludentes de seu sistema de produção. Assim, ao se propor “fazer da luta contra a exclusão uma tarefa comum”, abrem-se possibilidades para as mais diversas interpretações sobre o que se entende por essa tarefa e como fazê-la. (SCARCELLI, 2011, p. 24)

A autora segue com um debate rigoroso acerca do que vem a ser a noção de exclusão e que efeitos as diferentes compreensões vêm a produzir no campo das políticas públicas da Saúde Mental, não podendo permitir a ideia simples de que a noção de uma “inclusão social” poderia ser considerada sinônimo de um tratamento aos “excluídos; marginalizados”, como se o hospício fosse a exclusão e sua saída uma inclusão (sua volta à cidade).

Essa discussão está presente neste trabalho e o que pretendemos com as narrativas é vivificar a realidade sobre a qual o emblema se reproduz: o hospício em novas formas, na persistência da produção de exclusão, não superada por meio de uma lógica que insiste na não reinvenção da vida, talvez já revelado na escolha da própria palavra “reforma”.

Assim, passamos a nos debruçar sobre alguns fenômenos que tornavam tais questões ainda mais complexas. Se, no decorrer de visitas realizadas — tantas outras mais para além

das narradas aqui — com diversas pessoas em situações de internações, fossem apresentados contextos em que se verificassem apenas casos de pessoas que carregavam histórias de longas internações psiquiátricas anteriores, como um fenômeno de não integração de pessoas que ou foram ou deveriam ter sido incluídas em processos de desinstitucionalização, então poderíamos propor reflexões acerca das estratégias reparatórias que foram pensadas e oferecidas no âmbito das políticas públicas a partir do fechamento de estruturas reconhecidamente manicomiais — o que de fato encontramos em variadas ocasiões, e teríamos talvez um recorte de perfil a ser analisado.

No entanto, outras realidades foram encontradas, como a de pessoas adultas, mais ou menos jovens, sem essa marca institucional pregressa e que foram sendo internadas por justificativas relacionadas à saúde mental em serviços diversos como aqueles que são destinados ao acolhimento de idosos, ao acolhimento de pessoas com deficiência, em clínicas do setor privado e, enfaticamente, em comunidades terapêuticas. A esse cenário em específico, ainda devemos somar a internação de adolescentes. Se estas outras realidades se apresentaram, portanto, esse recorte de perfil de pessoas com histórias pregressas negligenciaria esse emergente público, cujo interesse final de diferentes atores foi, e ainda parece ser, a internação como estratégia ou como argumento de cuidado.

Lidaremos então com a realidade complexa de um público com percurso de institucionalização nos moldes manicomiais tradicionais que estavam sendo reinseridos à vida institucional nos espaços possíveis, mas também com um público que florescia para internações inéditas sob novas roupagens institucionais, aparentemente menos nocivas por constituírem-se em bases outras, que, porém, ainda remontam à lógica manicomial como tentamos nessa pesquisa compartilhar.

A partir dos encontros proporcionados pelos anos de atuação no MPSP, o fenômeno que ia ganhando circunscrição nomeada de internação emergia sob justificativas variadas. Ao longo do caminho (trabalho e pesquisa), não pudemos prescindir de cuidado ao escutar as justificativas e levá-las adiante na discussão, pois há riscos de culpabilização ou mesmo de simplificação de um movimento que exige a compreensão da complexidade que o constitui.

Os argumentos que com frequência eram apresentados esbarravam nos seguintes apontamentos: a ausência de recursos para efetivação do cuidado em determinado território, tanto pela escassez de recurso financeiro (orçamento), ausência de serviços (estrutura física) ou mesmo de profissionais (trabalhadores em quantidade e formação suficientes), sobre o conflito de alinhamento aos preceitos da reforma, mesmo com a existência do aparelhamento da política consolidado por uma estrutura.

Intenções diversas pareciam compor o campo do discurso; se por um lado, no âmbito familiar, havia um sentimento de desamparo em encontro ao esgotamento de tentativas de tratamento disponibilizados pela esfera pública, por outro lado, no âmbito da execução da política, a queixa de profissionais em situação de exaustão — fosse pela carga de trabalho, fosse pela ausência de articulação no território ou mesmo em alguns casos pela discordância com a ausência de internações que julgariam necessárias.

No âmbito da justiça (pela articulação de seus operadores), havia ações que consideravam os pedidos ora de família, ora de profissionais da rede, ou ainda do que clamavam as próprias consciências do que viria a ser direito no campo da saúde. Neste último, no geral, ações enviesadas pela perspectiva de solução individual, inclusive irregular, pela ausência de formação e informação, tendo a sustentação de argumento pautada no senso comum e na necessidade da urgência nas tomadas de decisão.

É fundamental destacarmos o reconhecimento de um direcionamento que não está pautado em “más intenções” e não se trata de condutas e discursos uniformes. Há que se considerar que essas justificativas se apresentam no jogo de decisões e práticas de internação em diversas situações, que envolvem atores com funções de trajetórias diversos, por exemplo, famílias, rede de atenção em saúde (pública e privada) e operadores da justiça.

Para avançarmos, é importante esclarecer que pretendemos evitar a posição de responsabilização de atores pelas realidades encontradas. A pesquisa procura compreender as diferentes forças que atuam no contexto social que seguem permitindo trancamento, encerramento, encarceramento, ao invés de promover ações de cuidado como preconiza a Política de Saúde Mental a partir do processo de reforma psiquiátrica e dos princípios que estão na base do movimento antimanicomial brasileiro.

As narrativas convocam a pensar sobre os subterrâneos, sobre as relações infraestruturais que reproduzem e mantêm a lógica manicomial. E, ainda que não nos debruçemos, como objeto, sobre a reforma psiquiátrica como estrutura de política pública, muitas questões acerca das motivações dessa continuidade de internação acompanharam o fazer trabalho e o fazer pesquisa. Indagações que envolviam avanços e limites das propostas quando formuladas as políticas públicas, a precarização de serviços, a consideração de uma organização para realidades tão vastas que habitam o Brasil diverso, os obstáculos culturais na mudança de paradigmas, as barreiras na elaboração e implementação nas ações intersecretariais cuja articulação parece imprescindível aos avanços.

É a partir dos princípios preconizados pelo movimento da luta antimanicomial e do lugar de trabalhadora de um órgão cuja missão está extremamente vinculada à garantia de

direitos que se delimitou o objetivo e constituiu-se o corpo desta pesquisa. Isso nos permite refletir sobre a persistência das forças manicomiais que atuam ainda insistentemente no campo do cuidado e da atenção em saúde mental e, conseqüentemente, se estendem para outras dimensões e territórios do campo social.

Desse modo, consideramos importante contextualizar alguns aspectos da reforma psiquiátrica no Brasil por ser fruto de um processo em aberto, que nunca se finda e, portanto, sempre em construção. Nesse processo, as políticas de Estado e de governo são definidas e implantadas frente a um conjunto tensões e interesses que se manifestam no campo social. Considerar as contradições desse processo é um modo de identificar dimensões, conflitos e antagonismos que se manifestam e se fazem presentes nas instituições e serviços.

Tais tensões, que revelam a característica não consensual de decisões, ainda que haja diretrizes legais evidenciadas, também habitam a complexidade do Ministério Público em seu campo vasto de atuação. E é nesse lugar de contradições de práticas cotidianas que podemos acessar realidades e questioná-las.

Como já mencionado, as instituições e serviços visitados têm em comum interações associadas ao sofrimento psíquico, termo adotado neste trabalho, pois não se fará discussão sobre de que se trata o instrumento que valida o ingresso nas instituições, se laudo médico, se queixa familiar, se ausência de rede no território etc., inclusive porque é sabido que, na história de existência das grandes instituições asilares, a justificativa formal e a motivação para ingresso nem sempre foram compatíveis — dialogando, inclusive, com o retrato trazido por Daniela Arbex (2013) na descrição de um “Holocausto Brasileiro”, em que o processo histórico manicomial no Brasil está desvelado.

Se não temos mais a realidade retratada tal como Arbex (2013) descreve, precisamos entender como vive Barbacena na tessitura social atual, como se coloca nas relações. Quando a jornalista traduz sobre a instituição tradicionalista, ela revela muito, inclusive sobre a ação de depositar pessoas, apartar do convívio, ela dissecou sobre o isolamento e o esquecimento. E as motivações, como demonstra, são diversas em demasia. Este trabalho anseia que possamos refletir sobre o que ainda de Barbacena habita em nós — entre tantas referências que podíamos elencar.

Capítulo 2. Pelas janelas do Ministério Público do estado de São Paulo: o Núcleo de Assessoria Técnica Psicossocial e a psicóloga-pesquisadora

Como pudemos compreender até aqui, as narrativas referem-se a visitas institucionais, realizadas de maneira também institucional, então, por uma equipe que integra o Núcleo de Assessoria Técnica Psicossocial do Ministério Público do estado de São Paulo – NAT-MPSP. Neste capítulo trabalharemos esse contexto que permitiu o acesso a tantas realidades, por meio das quais essa pesquisa se fez possível, desde o nascimento das questões que provocaram sua nascença até a conclusão dessa tese.

O Núcleo em questão foi instituído pelo “Ato Normativo Nº 724/2012-PGJ, de 13 de janeiro de 2012” (MPSP, 2012), que será apresentado em maiores detalhes nesse momento para que as experiências da prática profissional ganhem sentido a partir da situação do órgão público em destaque, a vinculação institucional da pesquisadora com a contextualização das atribuições do NAT-MPSP, que orientam a atuação de seus profissionais. Também apresentaremos em maior profundidade a abrangência territorial das localidades em questão.

Direto ao ponto da inserção institucional referida, o Ato Normativo Nº 724/2012-PGJ, de 13 de janeiro de 2012, em suas considerações introdutórias, destaca que:

- 1 - como uma instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis,
- 2 - que a prioridade de atuação do Ministério Público deve estar voltada à análise e à cobrança da implementação das políticas públicas, que garantam os direitos fundamentais e sociais dos cidadãos brasileiros,
- 3 - que para a participação do Ministério Público na cobrança de políticas públicas é necessário o conhecimento da realidade de cada um dos municípios e do Estado no que concerne ao atendimento dos direitos humanos, [...]

Resolveu-se, assim, criar o NÚCLEO DE ASSESSORIA TÉCNICA PSICOSSOCIAL (NAT), com o seguinte fim:

Art. 3º. Compete ao NAT prestar suporte técnico-especializado aos órgãos de execução do Ministério Público do Estado de São Paulo, quanto à implementação de políticas públicas, nas seguintes áreas de atuação:

- I – Infância e Juventude;
- II – Direitos Humanos, com abrangência na defesa do idoso, da pessoa com deficiência, inclusão social, violência contra a mulher e saúde pública;
- III – Educação;
- IV – Meio ambiente;
- V – Habitação e Urbanismo.

Art. 4º. Caberá ao NAT o assessoramento técnico aos órgãos do Ministério Público para:

- I – avaliar políticas públicas sociais, planos, programas e projetos relativos às matérias de Serviço Social e Psicologia dos órgãos da Administração Direta ou Indireta do Estado e dos Municípios, organizações da sociedade civil, movimentos sociais e Conselhos de Direitos, sugerindo medidas para implementação ou reordenamento das políticas já existentes;

II – planejar, executar e avaliar pesquisas dos órgãos da Administração Direta ou Indireta do Estado e dos Municípios, organizações da sociedade civil, movimentos sociais e Conselhos de Direitos que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações e decisões no âmbito do Ministério Público do Estado de São Paulo;

III – mapear recursos da rede de serviços socioassistenciais de saúde, educação, habitação, trabalho, esporte, cultura, lazer e demais políticas públicas para subsidiar as atividades próprias dos órgãos de execução do Ministério Público do Estado de São Paulo; Parágrafo único. São instrumentos de atuação do NAT a realização de visitas institucionais, reuniões, pesquisas, relatórios e pareceres técnicos. (MPSP, 2012, p. 2)

Esta breve contextualização apresenta-se para compreensão do lugar de fala, observação e análise desta pesquisadora, psicóloga, cujo cargo era “analista de promotoria”, concursada, que integrou o NAT-MPSP de abril de 2012 a julho de 2021 (cujos últimos dois anos desse período estive em licença sem vencimentos para conclusão desta pesquisa com o financiamento da CAPES).

O território para o qual fora designada no ingresso do MPSP fora a “Regional da Grande São Paulo II”, que compreendia um total de 18 municípios: Francisco Morato, Franco da Rocha, Caieiras, Pirapora do Bom Jesus, Santana do Parnaíba, Barueri, Osasco, Carapicuíba, Jandira, Itapevi, Vargem Grande Paulista, Cotia, Taboão da Serra, Embu das Artes, Itapecerica da Serra, Embu-Guaçu, São Lourenço da Serra e Juquitiba. Tal extensão, portanto, era o plano sobre o qual a atuação acontecia.

Como enunciado na discussão introdutória, as narrativas produzidas para a pesquisa foram elaboradas a partir de visitas institucionais dentro da extensão territorial descrita referente à regional Grande SP II, exceto por uma delas que fora realizada numa cidade do interior do estado de São Paulo, a fim de compor com uma equipe que já era designada para essa outra regional — da qual optamos por salvaguardar a identidade.

Para que possamos adentrar um pouco mais o lugar da pesquisadora, é preciso refletir, ainda que brevemente, pelo tamanho da tarefa de pesquisa, sobre a natureza do Ministério Público, que compõe o Sistema de Justiça brasileiro:

[...] é instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis. (BRASIL, 1988, art. 127)

Pela Constituição Federal, que é “o texto federativo que define normas programáticas, fins e programas, cujo objetivo é a melhoria das condições sociais e econômicas da população, fixando responsabilidades” (PEDOTT, 2019, p. 43), o Ministério Público deve perseguir o objetivo da construção de uma sociedade livre, justa e solidária, da erradicação da pobreza e marginalização, para promoção do desenvolvimento nacional (BRASIL, 1988, art. 3.º).

O texto constitucional é instrumento da pactuação de Direitos Humanos e tem sua elaboração contextualizada no período de redemocratização do Brasil, permitindo a responsabilização do agente público e a intervenção judicial. Todavia, como aponta Pedott (2019), pesquisadora e psicóloga também no Ministério Público de SP:

A partir do desenho legislativo e diante de um contexto nacional marcado pela existência de abismos concernentes ao acesso a direitos, existe uma necessidade premente da estruturação de um sistema capaz de promover a inter-relação entre as/os diversas/os agentes e instituições envolvidas/os na efetivação do que foi pactuado. (PEDOTT, 2019, p. 43)

Ela aponta para a complexidade do cenário quanto à noção da garantia de direitos, desde a formulação do que deve ou não entrar como pauta de direito, a construção de estratégias e a avaliação e controle de sua operacionalização (PEDOTT, 2019). Nessa perspectiva, o Ministério Público compõe, como órgão estratégico e fundamental, o sistema de garantia de direitos.

Segundo Baptista (2012), que discute a proposição de eixos envolvendo diversos setores na formação desse sistema de garantia de direitos, o Ministério Público estaria ligado ao eixo do Sistema de Justiça junto ao Tribunal de Justiça, à Defensoria Pública, aos Conselhos Tutelares e assessorias e entidades sociais que prestam serviços jurídicos e sociais.

Como resgata Pedott (2019), o Estado Democrático, pelo qual tem-se a premissa de igualdade de direitos, atribui ao Sistema de Justiça a função essencial de ser “agente na redução das desigualdades sociais ocasionadas pela concentração de renda, garantindo aos sujeitos a fruição de sua cidadania” (p. 46), e compreende uma organização para além do Poder Judiciário (que tem organização de diversos tribunais de justiça com divisões próprias), associado normalmente ao juiz. Amplia a compreensão informando sobre a necessidade do ato de provocar o operador do direito a agir sobre o sistema: “Assim, uma ação judicial percorre um caminho, envolvendo várias etapas, como apresentação de denúncias, ação de defensoras/es de direito privados ou públicos e promotoras/es de justiça.” (p. 46).

O novo projeto societário da Constituição Federal de 1988, ao considerar a presença das injustiças (historicamente construídas, não naturais), prevê a implementação de políticas públicas estratégicas para efetivação do projeto democrático e, nesse contexto, o Ministério Público assumiria papel de agente desta vontade política transformadora que, portanto, deveria estar dirigida à mudança da realidade social, tendo que apresentar como resultado de atuação a concretização de direitos, já que assume desde então um novo campo de atuação (GOULART, 2016).

O MP adquire, então, novas funções na área cível, ou seja, nas matérias relativas à garantia da cidadania, destacando a sua atuação na tutela dos interesses difusos e

coletivos nas temáticas de meio ambiente, consumidor, patrimônio público, pessoa com deficiência, criança e adolescente, idoso, comunidades indígenas e minorias étnico-sociais. (PEDOTT, 2019, p. 52)

Ainda que haja uma mudança de cultura que permeia o texto federativo com a atribuição de um Ministério Público que conjuga novas funções na esfera cível, Goulart (2016), promotor de justiça do estado de São Paulo e referência na discussão sobre a efetividade da atuação do órgão, convida a refletir sobre o processo de transição do que vem a ser esse “Ministério Público Resolutivo”, pelo qual se afirma uma função política da instituição pautada em postura de agentes políticos, pois essa seria a forma de provocar mudanças qualitativas na realidade brasileira.

Assim, ele discute que o Ministério Público habita uma situação de crise de dois paradigmas compartilhando o espaço institucional: um “modelo demandista” e um “modelo resolutivo”, ou seja, um modelo que precisa ser provocado a agir sobre a realidade e um modelo que, impactado pela realidade de injustiças, propõe ações. Ele discute que, apesar da proposta funcional e da disposição de novos instrumentos institucionais, mentalidade e lógica anteriores se mostraram presentes pela ausência de mudança estrutural acompanhando as alterações projetadas (GOULART, 2016).³¹

O autor considera que essa transição poderia significar “o salto do particular para o universal” e destaca que o Ministério Público deve atuar, entre outros, a partir do monitoramento e da avaliação periódica das políticas públicas, dos programas e serviços, e que, para tal, deve ter apoio de equipes técnicas próprias ou outros recursos externos.

Nessa perspectiva destacada por Goulart, Cíntia da Silva, Doutora em Serviço Social e assistente social do NAT-MPSP, aponta que a inserção de novos profissionais que não da esfera do Direito passa a compor os quadros profissionais na década de 1990 e destaca que na década seguinte houve uma “intensa inserção, seja por meio de concurso público, seja por contratações diversas” (SILVA, 2018, p. 115).

É nesse engendramento histórico-institucional que envolve o percurso democrático brasileiro e que tem o papel do Ministério Público, cuja relevância se constitui fundamental, que se faz a inserção de profissionais diversos no campo de articulação entre a garantia de direitos e a execução de políticas públicas como movimento de tensionamento de um campo antes habitado pelo Direito de forma mais absoluta e, portanto, restritiva. E, ainda que seja uma posição hegemônica, as ranhuras constantes e contínuas de caráter interdisciplinar e

³¹ E aqui interessa-nos pensar na apresentação desse inter-jogo brasileiro: velho-novo, autoritário-democrático que também atravessa a discussão do êxito da reforma *versus* a manutenção da força manicomial na perspectiva de uma disputa no cenário da nossa jovem democracia.

intersetorial seguem a produzir aberturas imprescindíveis no duro percurso da garantia de direitos.

2.1 O fazer da Psicologia – um lugar possível

A inserção do NAT-MPSP e a atuação interdisciplinar em si ainda demandam desdobramentos como objeto de estudo; inclusive, a atuação da Psicologia nessa interface em relação ao projeto de democratização na instituição.

Há produções sendo pensadas e publicadas em que se discutem as práticas e a relevância dessa inserção institucional, havendo representantes da Psicologia em Ministérios Públicos estaduais diversos, ainda que com atribuições mais semelhantes ou mais distintas. A interlocução entre as equipes tem se dado de formas remotas e no ano de 2019 ocorreu o primeiro Encontro Nacional dos Psicólogos do Ministério Público em Salvador, por meio do qual ocorreu a primeira troca presencial de representantes estaduais para discussão da atuação institucional, no qual a pesquisadora esteve presente³².

No ano de 2019 também foi lançado um livro via mídia digital, produto do trabalho dos profissionais do NAT-MPSP, no qual constam diversos artigos que pretendem partilhar sobre a concepção do trabalho do Núcleo, sobre práticas que as equipes formalizam e outros sobre temas específicos e como tem-se pensado a interlocução no âmbito do MPSP. Neste, há dois artigos que propõem a discussão sobre esta prática pela ótica da Psicologia — aqui trabalharemos com a perspectiva de um deles.

Em “Políticas Públicas por Lentes de Subjetividade: uma Possibilidade de Atuação da Psicologia no Núcleo de Assessoria Técnica do Ministério Público de São Paulo” (VALENTIM; PEDOTT, 2019), as autoras partem da importância de compreender o termo “políticas públicas” para que se possa avançar nas considerações da Psicologia como saber na interlocução com o direito neste campo e utilizam como referencial Scarcelli (2017), que sustenta estarmos diante de uma discussão polêmica na qual circunscrever o campo das políticas públicas é um desafio para as áreas do conhecimento, inclusive destacando que elas podem estar a serviço de escamotear a estrutura de desigualdade social; o que, portanto, faz com que questionemos seu papel de efetivação no campo dos direitos:

Atualmente, na maioria das situações, política pública está associada a programas voltados para aperfeiçoar ou superar problemas dentro da própria sociedade capitalista, sem indagá-la. Muito do que se propõe e se faz se dá a partir de uma premissa não discutida a respeito de qual Estado e de qual sociedade está se falando.

³² No ano de 2021 houve um segundo Encontro Nacional dos Psicólogos do Ministério Público que ocorreu no modelo on-line. Neste, a pesquisadora não esteve presente.

Falar em política pública nem sempre diz respeito ao que se pode fazer para ultrapassar os limites estruturais da nossa sociedade, se temos como horizonte uma sociedade mais justa, mas sim, quais formas, quais compensações podem ser feitas para amenizar os efeitos perversos da estrutura atual. (SCARCELLI, 2017, p. 38 e 39)

Além disso, considerando a Psicologia como campo em movimento, entendendo que a ela interessam os processos de subjetivação e que estes estão intimamente relacionados com marcadores sociais, as autoras refletem sobre a inserção institucional na composição de um lugar fundamental ao campo da garantia de direitos:

Um olhar sobre a construção e efetivação de políticas públicas implica necessariamente em um olhar sobre como as pessoas envolvidas no processo as experienciam, que fatores consideram, como as percebem, como as executam etc. bem como a correlação de forças que operam nos locais onde esta política é construída e onde é implementada. [...] Há que se considerar, portanto, que, neste campo de forças, existe no escopo inicial da maioria dos projetos de oferta de direitos básicos uma herança de assujeitamento e de domínio e exercício do poder, que fabrica uma lógica operante da produção de verdades sobre aquilo que é melhor para o outro. Por outro lado, também devem ser considerados no campo social os envolvimento singulares que os diversos sujeitos estabelecem com seus territórios e as políticas que operam nos mesmos, entendendo que esta herança massificadora produz posições de sujeito diferentes, podendo ter como efeito sofrimento, mas também tantas outras experiências, as quais devem ser levadas em conta, ou a psicologia também tenderá a um lugar de verdade pautada numa leitura de roupagem crítica. Ao considerar o todo como um, perderá de vista as pluralidades que compõem a trama social. (VALENTIM; PEDOTT, 2019, p. 55)

As autoras reconhecem a dificuldade de escrever sobre uma prática ainda nova e sem referenciais de atuação amplamente discutidos e procuram ofertar reflexões sobre uma possível compreensão de atuação, considerando a multiplicidade de ser psicólogo neste campo que interliga psicologia, direito, políticas públicas. Discorrem sobre haver um primeiro momento de ações pautadas em normativas, parâmetros legais, cartilhas de serviços como lugar seguro de argumentação, já que seria um diálogo mais direto com função explicitada pela instituição e marcam sobre a passagem para uma compreensão outra:

No entanto, autorizados por um fazer reflexivo, mais apropriados da potência de um saber psicológico, foi possível ousar pensar no campo de atuação de um lugar devido, onde as normas, que continuavam a balizar continentes, passaram a se apresentar como arestas e o trabalho passou a se dar no entre elas.

As contribuições da psicologia passaram a compor o mosaico institucional a partir de um lugar de fala de um saber *psi* no campo das políticas públicas que evidenciava as diversas subjetividades envolvidas nas tramas do Executivo, realizando ora papel de articulador, ora de mediador, ora de tradutor. Tais papéis imbricados nas interlocuções com aqueles que se apresentam diante de nós, seja com um usuário de um serviço, com alguém que busca o órgão, com o gestor público, com o coordenador de um equipamento, seja, inclusive, na abertura para escuta e esclarecimento da demanda de um promotor de justiça quando este solicita o serviço de assessoria. (VALENTIM; PEDOTT, 2019a)

2.2 Um trabalho possível no campo da Saúde Mental

Colocadas as considerações sobre um fazer possível da Psicologia no contexto do MPSP, retornemos à cena da narrativa do encontro com uma moça institucionalizada num serviço destinado a idosos, sem a assistência de saúde necessária, com ciência da promotora de justiça — trazida na Parte 2 da pesquisa. É importante destacar que este tipo de encontro ocorreu em diversos contextos de visita, mas fora lembrado nessa e trazido como emergente: pessoas (independentemente da idade) institucionalizadas em Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) por motivo de sofrimento psíquico (vinculado diretamente ou não a situações de vulnerabilidade social).

Como pudemos verificar ao longo do trabalho até aqui, não se trata de um universo uniforme de ILPI e, sim, de diversas configurações que escolhemos abarcar (comunidade terapêutica, serviços sem tipificação específica para pessoas com deficiência, hospital de custódia e tratamento psiquiátrico e ainda clínica psiquiátrica do setor privado), cada uma como emergente de uma “força” persistentemente manicomial.

Só no município cuja visita descrita acima foi realizada, havia três serviços desta modalidade (ILPI) e em todos foram encontrados casos em que a motivação para internação foi caracterizada como por “transtorno mental”, cujas idades eram inferiores a 60 anos.

No contexto das visitas a serviços de natureza diferentes em questão, as internações motivadas/justificadas por transtornos diversos se apresentaram absolutamente presentes e muitas vezes com a repetição de argumentos como: ausências de atendimento adequado pela Rede de Atenção Psicossocial dos territórios, dificuldade das famílias em lidar com pessoas em situação de sofrimento psíquico e suas manifestações principalmente vinculadas a ocorrência de agressão/violência com a anuência do Sistema de Justiça, expressa tanto pela negligência da situação de uma irregularidade na internação quanto na validação dela pela dificuldade de proposições alternativas para casos considerados “graves”. Aqueles que não consentidos formalmente tampouco pareciam encontrar dificuldade na ausência de uma legitimação oficial, como um acordo tácito.

Assim, reconhecemos aqui o ponto de vista, afetados pela experiência do trabalho na instituição (o que inclui sua função e sua prática), que adotamos na pesquisa: é pelas janelas da atuação no MPSP que adentramos as realidades nesses diversos serviços, nos quais encontramos concretudes de uma manutenção manicomial murada, considerando as proposições dos movimentos no campo da saúde mental e aqueles que o extravasam para políticas de outras esferas.

É a partir dessa configuração que se arquiteta e desenvolve nosso estudo, considerando, inclusive, que é deste lugar de trabalho, inscrito nesse órgão de tanta relevância, com essa atribuição institucional, que as portas foram abertas para o reconhecimento das realidades aqui partilhadas.

Muitas vezes, em contato tanto com promotores de justiça quanto com profissionais nos diversos serviços, a percepção imbricada nos conceitos de cuidado e assistência pareceram permear os âmbitos físicos de estrutura, limpeza, integridade corporal objetiva, considerando aspectos intrinsecamente materiais. Apresentando de forma generalista, se a pessoa estiver limpa, alimentada, sem correr riscos de queda, fuga e se não estiver agredindo ninguém, as coisas transcorrem bem e não são formuladas muitas questões que ampliem para uma compreensão de sujeito.

Isso não abarca apenas o imaginário vinculado à “loucura”, essa concepção generalista que considera a aparência, o visível, o controle, vem servindo para pensar adolescentes institucionalizados, pessoas idosas institucionalizadas, pessoas com deficiência institucionalizadas etc., ou seja, os processos de institucionalização parecem abarcar valores que não incluem pressupostos diretamente ligados com quem vem a ser o sujeito dentro dos muros de atendimento, sua história, seus desejos, sua autonomia, suas contradições e seus interesses. Claro, misturado a isso, temos a aparição da loucura, seja ela chamada de sofrimento, transtorno, diagnóstico...

Tem-se então como ideia a promoção de um projeto democrático pautado nos princípios da CF 88 em que a dignidade é base de estruturação em direção à noção de cidadania. Todavia, é uma compreensão de dignidade que aparentemente ainda está vinculada à noção de bem-estar como integridade física exclusivamente. No campo da garantia de direitos, e no plano dos direitos humanos, é fundamental que façamos um questionamento acerca da significação que envolve o conceito de dignidade para o fundamental enfrentamento das tensões ideológicas existentes afinal.

Em outro artigo da publicação eletrônica supracitada produzida pelos profissionais do NAT-MPSP — “(Com)Tratos e (Des)tratos: Uma perspectiva sobre a velhice em instituições de Longa Permanência para idosos (ILPI)” —, as autoras refletem exatamente sobre a concepção de fruição de direitos na velhice e como isso é concebido no campo da fiscalização dos serviços de permanência, na perspectiva de pensar a dignidade como ampliada, portanto, na insuficiência do cuidado básico físico e debruçar-se sobre violações de direitos para além do que estaria na obviedade:

Contrapondo a concepção de essencialidade da autonomia, a realidade que se observou majoritariamente nas visitas realizadas às ILPIs foi a existência de uma sobreposição dos interesses da coletividade sobre aqueles desejos que seriam próprios de cada sujeito, restringindo os cuidados prestados à dimensão material e de saúde (alimentação, higiene pessoal, medicação, etc.), deixando de lado as outras dimensões que compõem a vida dos indivíduos como, por exemplo, a subjetividade e a história de vida de cada idoso, as quais deveriam ser consideradas elementos centrais para a planejamento das intervenções junto a esses sujeitos. (VALENTIM; FERREIRA, 2019b, p. 232)

A partir de 19 visitas a ILPI (exclusivamente essa modalidade para a reflexão do artigo referenciado) realizadas em diversos municípios da Grande São Paulo, entre os anos de 2012 e 2017, as autoras questionam, por exemplo, sobre como o contrato de anuência para ingresso na ILPI tem sido realizado de forma burocrática e respondendo mais ao trâmite burocrático do que ao direito de anuir com consciência; o contrato, portanto, parece responder à legitimação da mercantilização da velhice e não à garantia de escolha do idoso, prevista no Estatuto da Pessoa Idosa (lei), apresentando o contrato, portanto, como emblema de violação e de violência.

Nesse sentido, faz-se convite necessário pensar a relação de direitos humanos e a noção de dignidade, tal como convida Boaventura de Sousa Santos, quando ele contrapõe a existência de um sujeito de direitos humanos à utilização, na verdade, apenas como objeto de discursos de direitos humanos; afinal, os direitos humanos poderiam ser usados de forma contra-hegemônica já que seu alicerce está articulado à matriz liberal e ocidental? Ele contextualiza seu questionamento ao considerar que a matriz liberal concebe os direitos humanos, afinal, como direitos individuais, enquanto aqueles de inspiração marxista ou socialista reconhecem direitos coletivos (SANTOS, 2013).

Aqui faz-se uma explicitação importante: as ações podem ser elaboradas de forma a abranger um universo coletivo ou representar a pessoa na esfera individual — qualquer que seja a situação de violação de direitos. O NAT-MPSP fora concebido, como pôde ser visto no Ato Normativo, para uma atuação de âmbito coletivo, ainda que muitas vezes fosse convidado a atuar na esfera individual, sendo esse um conflito inerente à prática cotidiana, sendo enfrentada solicitação a solicitação na construção de um fazer e revelando contradições que disputam espaço no processo da busca de uma dignidade por caminhos que muitas vezes se incompatibilizam.

De qualquer forma, assumindo que o escopo do trabalho se dava no conflito de visões de mundo em questão, fosse institucionalmente ou socialmente; sofrimento e vida atrofiados eram constantes no cotidiano, assim como o costume de que tais elementos ficassem naturalmente de fora no processo de avaliação da execução dessas políticas públicas, o que

acreditamos também ser uma manifestação de uma cultura que transcende a estrutura do órgão, funcionamento como fotografia de uma organização social ampla, a qual ele representa.

Ainda sobre os contrastes presentes no dia a dia, concentremo-nos um pouco mais nas circunstâncias do trabalho. No contato com promotores de justiça, esbarra-se em formas de pensar, condutas, estratégias de atuação singulares, distintas, apesar da direção institucional, que obedece a direção constitucional — característica da autonomia funcional, tão cara ao fazer da promotoria de justiça.

Quanto à loucura, por exemplo, não é incomum a noção de ameaça despertada pelo contorno daquilo que se considera insanidade e, assim, acabam por validar com naturalidade a manutenção de ações segregacionistas, exclusivistas, e, portanto, violadoras, entendendo que assim fazem o trabalho adequado à promoção do “bem-estar social” — daqueles que ficam fora e daqueles que ficam dentro de instituições.

2.3 Ministério Público, Direitos Humanos e Dignidade

As questões que permeavam as preocupações durante um processo de avaliação na execução de uma política pública, percebíamos, eram entendidas como positivas quando apresentavam critérios tais como boa limpeza do serviço, bom estado de mobília, presença de um responsável técnico da área da saúde, presença de uma enfermaria com dispensa de medicamentos adequada, presença de profissionais para realização de uma rotina de atividades previstas (ainda que independente de seu conteúdo, pois poucas vezes isso se dava como aspecto relevante mesmo). Percebíamos que a presentificação de condições estruturais básicas adequadas era o esperado, entendendo que o mínimo estabeleceria dignidade.

Aqui, novamente Boaventura Sousa Santos, que, ao resgatar a história dos direitos humanos, os reconhece tanto como parte de processos revolucionários, quanto como ferramentas para legitimação de práticas opressivas ou até mesmo contrarrevolucionárias. Segundo o autor, o discurso dominante no campo dos direitos humanos passou a ser “o da dignidade humana consonante com as políticas liberais, com o desenvolvimento capitalista e suas diferentes metamorfoses” (SANTOS, 2013, p. 49) — inclusive a social-democracia.

Santos fala da condição de mínima dignidade como objetivo das declarações de direitos humanos, traduzidos em concepções tais como direitos de cidadania garantidos pelo

Estado, que, na verdade, se apresentaram na história de forma precária, erosiva e não efetiva (SANTOS, 2013).

Dentro desta perspectiva é que as “vistorias” do Ministério Público acabam por compor a situação de convivência com violações de direitos — o que é uma contradição na perspectiva da missão institucional, mas coerente com a proposição apresentada por Boaventura de Sousa Santos.

Se o órgão tem o compromisso com o projeto de democratização, isto envolve que o acesso a direitos seja nivelado de forma minimamente semelhante entre os cidadãos, todavia, a própria constituição do Ministério Público como órgão é uma contradição se considerarmos a discussão de Santos, como podemos verificar na própria composição dos membros, em que não se observa a diversidade de representação que serviria a um propósito democrático, estando o poder de agenciamento da garantia de direitos localizado numa esfera social restrita e privilegiada.

A concepção institucional com novas atribuições do órgão esteve intimamente ligada ao processo que objetivava a redemocratização no Brasil e foi sendo consolidada pelo processo de elaboração do ordenamento jurídico brasileiro. Neste âmbito, especificamente quanto ao Ministério Público, os poderes institucionais passam a vigorar na responsabilidade civil e criminal. O órgão passa a compor a esfera de direitos difusos³³ e coletivos, ou seja, direitos de natureza difusa e/ou coletiva, para que o impacto das ações tivesse maior alcance e houvesse o tensionamento necessário para construção e efetivação de políticas públicas (SILVA, 2018).

Essa é uma compreensão fundamental, primeiro para que se possa alcançar que há duas lógicas que operam na organização institucional, uma de responsabilização, “punitiva” (criminal), e uma que visa o acesso a direito (civil), e que, portanto, provocam tensões inerentes a esta configuração. Em segundo, porque, para este alcance na esfera civil, como evidencia Silva (2018), havia críticas desde o início quanto à falta de formação dos promotores de justiça para enfrentar os conflitos que emergiriam no âmbito dos direitos coletivos.

Quanto a uma outra e importante divisão constituinte da instituição: no escopo do Ministério Público (não exclusivo a ele, pois é característica dos diversos órgãos que compõem nosso Sistema de Justiça, havendo suas especificidades de instrumentais de demarcação das diferenças), a separação entre membros (promotores e procuradores de

³³ Interesses difusos são aqueles que não pertencem a um único indivíduo, atendem a um grupo de pessoas ou à coletividade afetada por determinada situação.

justiça) e servidores (todo e qualquer funcionário que não seja promotor, sendo oficiais de promotoria, analistas de diversas formações de nível superior, motoristas etc) — importante destacar que funcionários destinados à segurança e limpeza são na sua maioria contratados por empresas que prestam serviço terceirizado.

Sobre a hierarquização nas relações de trabalho, Silva afirma:

Deve-se destacar ainda que a organização hierárquica do Ministério Público reconhece como membros, considerados alicerces, apenas os promotores e procuradores de Justiça. Os outros profissionais, inclusive os assistentes sociais, são qualificados como servidores que não têm espaços legitimados para construção, avaliação e análise dos objetivos e direcionamento dos trabalhos desenvolvidos no âmbito institucional. (SILVA, 2018, p. 118)

Outra disputa posta na questão da configuração institucional se dá entre a compreensão de que o Ministério Público deveria estar aberto à sociedade em interação com os sujeitos políticos coletivos, premissa que está na base da democracia; o órgão, portanto, deveria consultar a sociedade quanto às metas que deveriam propor como prioritárias em seus Planos e Programas de Atuação (GOULART, 2013); e a compreensão de que a instituição em si garante representatividade, não se coloca diante da sociedade para abrir este diálogo e decide a partir de indicadores internos o que será ou não prioridade de atuação.

A possibilidade de haver representatividade significativa da sociedade brasileira em si entre os membros ainda é algo distante de efetivação. Caso alguém adentre as portas institucionais, perceberá a prevalência de promotores homens sobre promotoras mulheres, bem como a maior incidência de pessoas brancas em relação a pessoas negras entre os membros. Também é visível o contraste da condição social entre membros e as pessoas que buscam o órgão na ânsia por garantia de seus direitos.

Silva destaca sobre o perfil de membros em sua pesquisa de Doutorado, utilizando como referência a pesquisa realizada pelo Centro de Estudos de Segurança e Cidadania (CESEC, 2016), pelo qual se verifica a predominância do sexo masculino na instituição ainda nos dias atuais, e soma a ela o número trazido pelo Portal de Transparência, em dezembro de 2016, quando havia 1.308 homens em comparação a 713 mulheres (SILVA, 2018).

No tocante à classe social, referindo-se à formação na Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo como referência para a burguesia paulistana e brasileira, partindo das informações sobre a origem social dos promotores de justiça disponibilizadas pelo CESEC 2016, ela afirma:

Ressalta-se que até os dias atuais essa faculdade constitui espaço de formação com altos índices de concorrência para suas vagas em vestibular e com número expressivo de estudantes provenientes da burguesia. Segundo essa mesma fonte, a abissal diferença entre a classe social à qual pertence a maioria dos promotores de Justiça e a dos sujeitos que demandam ações do

Ministério Público, ou que por este são acusados, influi diretamente na definição dos interesses prioritários, bem como na percepção de muitos promotores e procuradores de Justiça sobre o trabalho a ser desenvolvido e seu papel perante a sociedade. (SILVA, 2018, p. 34)

Para Arantes (2000), o Ministério Público teve um crescimento acentuado, principalmente na questão de mudança nas atribuições institucionais com a ampliação delas, o que teria, portanto, promovido grande interferência na organização do Estado e da sociedade Civil. No entanto, ele demanda que haja reflexão acerca dessa presença institucional, uma vez que muitas dessas mudanças se deram durante os anos da ditadura militar (SILVA, 2018).

Recorremos a Pichon-Rivière para vislumbrar sobre a possibilidade de o Ministério Público também poder representar algo maior que ele: a sociedade, compreendendo que ele possa revelar-se como “porta-voz”, que é o veículo da qualidade que é o “emergente”. Segundo Pichon-Rivière:

O porta-voz é aquele que, no grupo, diz algo, enuncia algo em determinado momento, e esse algo é o sinal de um processo grupal que até esse momento permanecera latente ou implícito, como escondido no interior da totalidade do grupo. (PICHON-RIVIÈRE, 2009, p. 257)

Fazendo um paralelo com os conceitos de porta-voz e grupo, pensamos que, ao olhar para as contradições institucionais, ela se põe como realidade de contradições no próprio processo de construir o projeto democrático brasileiro, revelando a manutenção de uma desigualdade social mesmo que colocada como missão contrária à missão institucional. Ou seja, luta-se pelo engrandecimento de uma instituição que representaria o alcance do avanço democrático, ao mesmo tempo tem-se dentro dela uma estrutura hierárquica claramente pautada na diferenciação do acesso social, com representantes que deveriam partir desta realidade e sequer conseguem acessá-la tamanha a distância da sua realidade para com a demanda da grande maioria populacional.

Assim, ao escancarar os contrastes, entendemos os diversos conteúdos emergentes que designam porta-vozes, já que a missão do projeto democrático também parece ameaçar a realização desta tarefa posta. As institucionalizações persistentes no processo de reforma psiquiátrica não poderiam ser lidas a partir desta compreensão? É uma indagação que nos interessa.

2.4 Justiça, Lei: da obediência aos levantes

Ao pensarmos o contexto de Ministério Público, que delimita o campo desta pesquisa, é essencial que adentremos uma discussão pautada em arestas de justiça. Todavia, como marca de contorno, sem que se aprofunde demais no tema, pois em si é universo dos mais

vastos. Restringir-nos-emos aqui à argumentação elaborada por Hannah Arendt sobre o julgamento de Adolf Eichmann em Jerusalém para pensar sobre as ações humanas postas no contexto da justiça.

Arendt coloca a justiça nos termos do objetivo da lei e, ao discorrer sobre o discurso de abertura da acusação, aponta para uma problemática: a retórica posta à mesa estaria a serviço de outra coisa que não a lei, ou seja, não para “satisfazer as exigências da justiça, mas para aplacar o desejo e talvez o direito de vingança das vítimas” (ARENDR, 1999, p. 283). Neste sentido, a “compensação” deveria ser garantida na ordem pública e ali restaurada, o que seria diferente do processo de uma justiça desvinculada da estabelecida lei.

Além da conduta legal discutida por Arendt durante o julgamento, ela também traz para o cenário do questionamento as ações movidas por justiça ou por outros sentimentos que direcionaram a condução do caso, como foi o “rpto” de Eichmann da Argentina, o que teria sido efetivado dada a ausência de real possibilidade de uma extradição formal entre o país e Israel, apesar de um tratado existente que era confrontado por uma tradição de não extradição de criminosos nazistas (ARENDR, 1999).

Aqui temos pistas da primeira importância sobre os conflitos intrínsecos ao campo de ação da justiça, pois se há a esfera de lei, de natureza evidente e inquestionável, também habita outra esfera, o que vem a ser a condução da lei, que, por ter a ação humana, é permeada por interpretações, motivações, crenças, afetos. Quando Hannah Arendt relata sobre o julgamento de Eichmann, ela atinge profundas compreensões sobre a sociedade, sobre o horror, sobre a lei e sobre como operam no âmbito da justiça.

Essa discussão nos interessa uma vez que aqui nos depararemos com conflitos também experienciados na relação com os promotores de justiça nas escolhas que acabam por tomar no cotidiano, apesar de haver um direcionamento legal único. Há que se ter ressalvas quanto ao “único” empregado, pois há um processo em construção, inclusive legal, já que a Lei na qual se ampara a política de saúde mental também oferta possibilidades de compreensões distintas na esfera de sua aplicação e precisaria ser debatida e ampliada e especificada em tantas medidas.

Nesse sentido, por exemplo, veremos uma visita motivada por uma ação que pretende coibir ilegalidades num determinado serviço ensejada por um promotor de justiça, enquanto, durante a realização desta determinada visita, teremos uma ilegalidade promovida pela compreensão de outro representante da justiça, como um juiz ou mesmo outro promotor, de encontrar um adolescente numa comunidade terapêutica que foi motivada por pedido judicial.

Há um jogo de tensões no campo da justiça em que a lei não basta para efetivação de seu conteúdo em si, demandando de um complexo de atores para tentar trabalhar sobre, inclusive sobre as contradições postas no campo — isso fica evidente quando consideramos a Lei N.º 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Neste sentido, aqueles que se restringem à prática da norma *stricto sensu* também podem deixar de lado uma ética de conduta. Arendt discorre sobre Eichmann e seu percurso no regime alemão, o qual imporia uma conduta de obediência pautada na mediocridade de pensamento. Eichmann justifica suas ações pautado na ordem sobre como deveria agir, colocando-se em igualdade de culpa junto aos alemães no geral, pois faziam parte de um projeto único. Se por um lado, Eichmann apresenta essa defesa pautada em obediência, sua sentença afirma que obediência e apoio seriam a mesma coisa e que se houve apoio no projeto de escolha sobre quem teria direito de habitar ou não o mundo, ninguém, portanto, haveria de querer partilhá-lo com ele, o que justificaria a sua sentença de morte, como razão única (ARENDR, 1999).

Arendt nos oferta a possibilidade de pensar tanto sobre o que circunscreveria a inocência ou a culpa de Eichmann, fosse pela lei que em sua realidade ele seguia, fosse pela lei que aos olhos da humanidade ele havia contrariado. Ou seja, o julgamento estaria pautado pela conduta da justiça, todavia, colocava em questão a perspectiva de justiça que seria a lente do processo, que colocava em questão os ritos e os interesses, inclusive de visibilidade, que fazem parte do contexto legal. São questões fundamentais para percorrer nosso campo da pesquisa.

No campo das políticas públicas no Brasil, por exemplo, se os profissionais seguirem o que as normativas estabelecem sem crítica sobre quais as forças em jogo, atuarão num ano com determinada direção e em poucos meses colocarão em prática ações divergentes, como quem segue a orientação do Estado com obediência tal como descreve Arendt ao elaborar seu relato sobre a banalidade do mal. Normativas e diretrizes estas que podem, inclusive, ser provenientes de uma mesma lei, jogando o foco sobre pautas diferentes em que as decisões de formulação sigam parâmetros mais afinados com ações revolucionárias e outras contrarrevolucionárias, como indicou Santos (2016), a depender da vontade política ou até mesmo do cinismo de interpretação a partir da apropriação de termos que venham a escamotear ideologias diversas daquelas que foram originalmente postas no jogo de elaboração da Lei.

Outrossim, faz parte da leitura complexa desse campo o trabalho político dos movimentos e organizações sociais “que lutam por uma vida social mais justa e digna”, o que Santos (2016) traz como parâmetro que venha balizar a gramática dos direitos humanos como mais potente ou mais limitante a partir desses objetivos de luta, na direção de questionar os direitos humanos na promoção de uma transformação de mundo, a serviço dos oprimidos, não dos opressores (SANTOS, 2013). Tal questão que venha a nos acompanhar para adiante no movimento da luta antimanicomial questionar continuamente a visão manicomial que parece insistir-se hegemônica.

Assim, neste contexto, é pelas janelas abertas desse fazer que acessamos o dentro e trazemos à discussão, porque visibilizar é preciso.

Capítulo 3. Das lentes: O Movimento da Luta Antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica no Brasil

Não temos dúvidas de que os problemas estruturais só poderão ser resolvidos a partir da superação das contradições do próprio sistema capitalista. Mas isto não nos retira a responsabilidade de continuarmos buscando soluções, mesmo pontuais, e, principalmente, de desvendar as complexidades de nossa realidade social.
(SCARCELLI, 2011, p. 184)

Assim Scarcelli conclui seu livro, fruto de sua tese de doutorado, na qual discutiu a passagem do “hospício à cidade”. Com sua conclusão, começamos um breve resgate do movimento da Luta Antimanicomial, como movimento social, e a Reforma Psiquiátrica, como estruturação de uma política, que viria a tentar responder a essa demanda social absolutamente vinculada com os ideais democráticos no Brasil. Fica a compreensão/revelação de Scarcelli sobre o compromisso da busca de soluções, ainda que estruturalmente o enfrentamento necessário seja contra o sistema capitalista em si.

Nesse sentido, há que se ter o respeito devido às grandes conquistas possíveis no combate aos manicômios e tudo o que representam — isso é inquestionável —, por isso permanece o convite ao levante de seguir adiante com os enfrentamentos ainda tão essenciais na busca por uma sociedade mais justa, gentil, produtora de vida e reinvenção.

Pensemos a Reforma Psiquiátrica como processo que se constituiu, com a noção apresentada por Amarante:

[...] um processo histórico de formulação crítica e prática, que tem como objetivos e estratégias o questionamento e elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria. (AMARANTE, 1995, p. 87)

Segundo o autor, a organização mais estruturada do movimento situa-se entre os anos 1978 e 1980, quando o Movimento de Trabalhadores se destacou como “ator e sujeito político fundamental no projeto da reforma psiquiátrica brasileira”, sendo um dos responsáveis pela tensão de mudança nos parâmetros do saber psiquiátrico que culminariam anos mais tarde nas propostas de atenção em saúde mental pautadas nas Redes de Atenção Psicossociais (AMARANTE, 1995).³⁴

O movimento teve oportunidade de se expressar a partir da crise que emergiu com as denúncias de graves irregularidades em unidades hospitalares de internação psiquiátrica, em

³⁴ Aqui assumimos que é complexa a assunção de uma verdade original num processo histórico, que é marcado por campo de disputas, uma vez que movimentos acontecem em diversos territórios e em deslocamentos simultâneos. Trabalharemos com o registro consolidado por Amarante (1995), reconhecendo que há narrativas outras sobre como o processo se desenvolveu.

uma complexa trama que envolvia tanto questões humanitárias referentes aos pacientes quanto também graves problemas trabalhistas referentes aos profissionais que atendiam nesses serviços:

A pauta inicial de reivindicações gira em torno da regularização da situação trabalhista – visto que a situação dos bolsistas é ilegal –, aumento salarial, redução do número excessivo de consultas por turno de trabalho, críticas à cronificação do manicômio e ao uso de eletrochoque, por melhores condições de assistência à população e pela humanização dos serviços. (AMARANTE, 1995, p. 52)

Em 1979, no I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, fora trabalhado com expressividade a crítica quanto ao modelo asilar dos hospitais psiquiátricos de grande porte e nos anos seguintes ocorreram eventos de extrema relevância à configuração de luta que se seguia neste campo, inclusive adicionando à pauta a questão dos direitos humanos dos pacientes psiquiátricos. Também adentram a pauta o “processo de mercantilização da loucura, da privatização da saúde, do ensino médico e da psiquiatrização da sociedade” (AMARANTE, 1995). E é muito importante considerar o quanto essa pauta de alguma forma se reedita em novas formas de aparição, quando, por exemplo, temos um debate tão atual sobre a medicalização do sofrimento psíquico.

Portanto, retornar à pauta inicial do processo parece fundamental ao trajeto, uma vez que as experiências trazidas podem remeter às pautas discutidas neste processo, sendo uma agenda ainda atual, com paralelos bastante possíveis. É de extrema relevância destacar que o MTSM (Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental) apresentava como estratégia a resistência à institucionalização, tendo tido na história brasileira a influência de autores expoentes tais como Franco Basaglia, Felix Guattari, Robert Castel e Erving Goffman, que inclusive estiveram no Brasil e participaram de discussões essenciais ao processo — em 1978 no I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupo e instituições no Rio de Janeiro (AMARANTE, 1995).

Scarcelli (1998) considera que as primeiras mudanças concretas no sistema psiquiátrico brasileiro se deram a partir da organização dos trabalhadores da rede pública, que passou a ter destaque no panorama social e a crítica ao sistema acabou por pressionar o Estado a realizar transformações. No início da década de 1980, passam a compor as equipes de saúde mental profissionais de outras formações universitárias que se ampliam ao final da década.

A noção de desinstitucionalização firma-se, a partir da segunda metade dos anos 1980, na trajetória do movimento, na qual se destaca fortemente o II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, o conhecido “Congresso de Bauru”. É neste contexto

histórico que se segue a abertura dos dois primeiros serviços: o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em São Paulo e o primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) em Santos — serviços que posteriormente foram considerados de estrutura equivalente, entre outros marcos (AMARANTE, 1995).

Amarante (1995) destaca que tantas ações foram possíveis dado o contexto político, em que os protagonistas do regime militar, diante da impopularidade, se aliam a uma estratégia de “abertura democrática” para alcançar “algum apoio da sociedade civil”. É nesse contexto que foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), momento histórico protagonizado pelo movimento de reforma sanitária com a inauguração de uma participação popular com o desabrochar de uma nova concepção de saúde:

[...]como um direito do cidadão e dever do Estado — e permitiu a definição de alguns princípios básicos, como universalização do acesso à saúde, descentralização e democratização, que implicaram nova visão do Estado — como promotor de políticas de bem-estar social — e uma nova visão de saúde — como sinônimo de qualidade de vida. (AMARANTE, 1995, p. 77)

Em 1987 ocorre a consolidação do lema “por uma sociedade sem manicômios” dentro de um contexto de renovação de estratégias do MTSM, em que a proposta de romper com a perspectiva de que a loucura é acolhida apenas na lógica assistencial, bem como o desenvolvimento de mais dois eixos de discussão — a “organização dos trabalhadores de saúde mental”, para pensar a relação entre Estado e trabalhadores, assim como a questão de interdisciplinaridade, e a “análise e reflexão das nossas práticas concretas” — criando um âmbito de reflexão crítica, permeados pela preocupação do movimento em conquistar apoio da opinião pública à luta antimanicomial.

Finalmente o MTSM absorvia a importância de levar a loucura e suas discussões sobre as instituições e saberes psiquiátricos à sociedade, voltando seu olhar para outra concepção teórica, para além do campo da assistência (AMARANTE, 1995), o que aparece como um fato importante para as realidades que as narrativas vêm discutir, na medida em que uma estratégia ainda manicomial resiste à ideia de a loucura ganhar a vida social, mantendo-se numa lógica de exclusão social — pela noção trabalhada por Scarcelli (2011).

Sem dúvida correlacionam-se os movimentos sociais, as articulações na esfera política e a influência internacional, principalmente a experiência italiana. Dialogam com os processos do movimento de reforma política no Brasil, onde germinava o projeto de sociedade democrática nacional que culminou na Constituição Federal de 1988 e com o modo pelo qual estes projetos se inter cruzam em ideários e lutas envoltos pela lógica da liberdade do sujeito.

Na história da reforma no Brasil, há que se destacar que, para a materialização de direitos junto ao fortalecimento da construção de uma lógica antimanicomial, foram necessárias políticas públicas que radicalizassem a compreensão institucionalizante vigente até então na prática de um saber psiquiátrico — imprescindível sem as conquistas legais que embasaram tal nova constituição. Políticas que pudessem fazer valer uma nova forma de assimilar a loucura e lidar com ela numa configuração extramuros.

No contexto de retomada de governos democráticos populares, são incluídas, além dos profissionais, novas concepções nos cotidianos dos serviços e na formulação de programas (SCARCELLI, 1998):

[...] psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos etc., integram instituições como unidades básicas de saúde, e participam da implantação de novos equipamentos, como ambulatórios de saúde mental, centros de atenção psicossocial, hospitais dia, centros de convivência e cooperativas etc. (SCARCELLI, 1998, p. 2)

Scarcelli (1998) avança nessa perspectiva, destacando a diferença entre o MTSM e sua articulação com outras frentes nesse mesmo momento histórico, dando lugar ao Movimento de Luta Antimanicomial (MLA), pela ampliação dos princípios e participações de movimentos democráticos populares, caracterizando o movimento como intervenção política de sociedade — não restrita, portanto, apenas ao caráter técnico e teórico. Neste contexto, inclusive, radicaliza-se a posição de vetar qualquer possibilidade de manicômio, ponto que não era unânime no MTSM, no qual havia algumas defesas a favor da possibilidade de humanização de algumas instituições. Aqui é importante destacar que essa defesa ainda encontra força discursiva por parte de trabalhadores em inúmeros e diversos serviços de “abrigamento”, ainda que as narrativas não recaiam sobre as falas de trabalhadores como foco.

O MLA estabelecia três pilares de luta: a extinção progressiva dos manicômios e a criação de modelos substitutivos, a criação de uma nova cultura que superasse a visão de naturalidade frente às desigualdades e a criação de nova legislação psiquiátrica que reconhecesse os direitos do doente mental. Como avanço deste movimento, em 1989, o Projeto de Lei 3657/89 é apresentado pelo deputado Paulo Delgado (PT), que tratou de incluir na pauta legislativa a extinção gradativa dos manicômios e propôs a substituição por outros recursos, regulamentando a internação psiquiátrica involuntária (SCARCELLI, 1998).

Apesar dos avanços reconhecidos a partir da análise histórica que Paulo Amarante apresenta, ele também destaca que muitos problemas ocorreram desde a implementação de mudanças:

[...] percebeu-se que o fato de ser um serviço externo não garante sua natureza não manicomial, pois pode reproduzir os mesmos mecanismos ou características da psiquiatria tradicional, a exemplo do que ocorreu com os ambulatórios quando estes eram vistos como alternativa ao manicômio. (AMARANTE, 1995, p. 84-85)

Nesse sentido, é fundamental a discussão proposta por Scarcelli (1998), que resgata da pauta de luta do MLA a demanda de luta contra a exploração de sociedades capitalistas, tendo o manicômio como expressão de opressão, violência e exclusão. Retoma o “Relatório do I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial”, de 1993, em que se destaca a necessidade de romper com a relação de poder entre técnicos e usuários, portanto, pautada na tutela, para, assim, poder transformar práticas. Ainda que muito tenha sido trabalhado, a demanda continua atual.

O conteúdo disposto nesta pesquisa debruça-se sobre o campo de tensão entre aquilo que se obtém como conquista de luta de um movimento, saltos legislativos para mudança de paradigmas, aquisição de modelos de assistência que rompem radicalmente com propostas (projeto e práticas) manicomiais anteriores e, ao mesmo tempo, aquilo que escapa ao novo modelo proposto — escapa, no sentido de resistir à transformação, de conservar-se, à margem, mas rígido, como quem espera o momento de retornar.

3.1 Entre os avanços e o ir adiante

A história até aqui retomada serve ao propósito de situar nosso contexto da Luta Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica no Brasil, para então seguirmos a pensar que os avanços não garantem toda a mudança que pretendíamos e pretendemos. É entre os avanços e o que ainda almejamos que as narrativas habitam, esse entre, sobre o qual a pesquisa se debruça.

Inquietamo-nos ao encontrar diferentes formas de exclusão configuradas pelo continente de muros que se revelavam no cotidiano da prática, do trabalho. Eram muito diversas as formas de institucionalizar o sofrimento psíquico, frequentemente aliadas a outros elementos de exclusão social. Eram tantas e justificadas por pautas de múltiplas condições estruturais das redes com as quais cada território contava: os conflitos diários enfrentados por familiares, ou por trabalhadores da saúde e ou por operadores do direito, quando acionados para “resoluções”. Eram discursos que capturavam e convidavam a escutar e se distanciar para tentar compreender que realidade era essa que se apresentava e que não era compatível com a sonhada e construída história dos fechamentos dos manicômios.

Constatava-se ainda uma estratégia de segregar, sob o argumento de cuidar, na complexa relação entre ambos.³⁵ Observava-se, em territórios com diferentes identidades, variadas representações das “naus” de Foucault (2005) com diferentes roupagens, mas com mecanismos de exclusão similares às configurações tradicionais se consideramos a lógica manicomial — exclusão como efeito, sem entrar no mérito da questão de ser essência de objetivo, causa, mas, de qualquer forma, o cuidado, a assistência não ocupando papel protagonista nestes serviços que de uma forma geral acolhiam — verificando-se a ausência de atendimentos parametrizados, regularizados e de atendimentos adequados (na perspectiva de uma Política Nacional de Saúde Mental vigente à época destas visitas trabalhadas na tese).

Assim, essas institucionalizações (variadas e irregulares) levam ao questionamento do quanto a força manicomial ainda persiste na mudança de uma cultura que ainda se baseia numa estrutura social que valoriza a precariedade, incompatível com a autonomia e a liberdade, como provoca a pensar Scarcelli:

Quantos dos 12.000 moradores de hospícios brasileiros — para não falarmos dos outros tantos milhões de desassistidos — poderão alcançar um lugar não tutelado e ter uma situação razoável nesse universo de tantos miseráveis? (SCARCELLI, 2011, p. 183)

Assumimos que o período das narrativas dialoga com um momento histórico fértil, em que as vitórias se estabeleciam e os avanços cresciam. Elas carregam uma intencionalidade de compor um cenário de críticas ao processo contínuo da Reforma Psiquiátrica, ou seja, de trazer indagações que pudessem contribuir para o repensar sobre o que ainda era preciso para ir adiante. Todavia, é importante localizar que o cenário político foi alterado drasticamente durante a confecção desta pesquisa, com a assunção de um governo federal que atacou frontalmente as bandeiras defendidas pelo movimento de luta antimanicomial.

Não temos dúvidas acerca das conquistas advindas dessa Luta e daqueles que lutam, o que nos inclui. Isso é importante frisar, pois é um campo permeado por riscos de más compreensões e maus entendimentos que podem ser produzidos, que poderiam ser capturados por críticos da reforma psiquiátrica no contexto histórico em que esta pesquisa é publicada. Todavia, também reconhecemos os riscos do silenciamento dessas realidades, por cada experiência de vida aqui registrada, lembrada, visibilizada, sem dúvida; mas também pelo risco de não perceber que essas realidades também compõem a história e constituem os

³⁵ Aqui, um lampejo importante: ao se colocar em oposição segregar e cuidar há um problema, na medida em que cuidar não apresenta um caminho linear, único e normalmente acontece na tensão entre proteger e deixar arriscar-se; a confiança para a construção de autonomia requer a delicadeza dos vínculos, os tempos, tanto nas relações pessoais quanto nas mudanças culturais. Então, segregar e cuidar não devem ocupar lugares de oposição, se relacionam. Em algumas situações, a segregação serve ao perverso do discurso de cuidado, em outras, se dá na construção de uma noção de cuidado.

processos de desmantelamento da Política Nacional pela qual tanto lutamos e defendemos, inclusive durante uma época favorável à Luta.

Evidenciamos sobre a importância inestimável de todos os efeitos da Luta Antimanicomial e suas estruturas materializadas nas políticas públicas implementadas a partir de uma Política Nacional de Saúde Mental pensada para garantir direitos conquistados com o marco legal da Lei 10.216, de 6 de abril de 2001, que “Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”, sem, contudo, temer sua dessacralização para que os avanços e conquistas não se tornem memórias apenas, mas movimento para e por vidas. Pretendemos cuidar de valorizar o que foi feito e pensar sobre o que não foi, sem medo.

Encontramos no trabalho de Ramalho (2010) apontamentos corajosos quanto a descompassos da Reforma Psiquiátrica, fazendo uma crítica importante quanto às possibilidades reais numa perspectiva de “ajuste” no campo de uma reforma política, convidando ao desafio, ainda, da perspectiva outra de se criar um “novo lugar social para loucura”, quando ajustes não seriam suficientes.

A autora evidencia a complexidade de um cenário em que a sensação de vitória pode vir acompanhada da banalização — ainda que reconhecendo as inegáveis transformações produzidas pelas políticas públicas implementadas. Ela propõe uma problematização do modelo adotado, apontando para os riscos de uma satisfação que levaria a uma sensação de que, uma vez feita a reforma, a tarefa seguinte seria aprimorar e garantir sustentabilidade do modelo.

Ela reconhece que há riscos em sustentar as críticas, uma vez que identifica a espreita de uma “hegemonia dos saberes sobre a loucura”, tensionando o espaço com a vanguarda reformista, todavia reforça sobre o desafio ainda de avançarmos para “além da assistência psiquiátrica para chegar à produção de vida e de cidadania”, como uma invenção imperativa de e na luta diante do que ela nomeia “exigências contemporâneas”. (RAMALHO, 2010 p. 141)

Ao trabalhar as noções de risco que envolvem aqueles que estão no caldo dos avanços e defendem o propósito antimanicomial, Ramalho (2010) provoca, por exemplo, a pensarmos a noção de “humanização” como uma ideia em campo de ilusões, na medida em que haja a contradição de ações que possam vir a produzir “novas vítimas da psiquiatrização”, mesmo que sob o guarda-chuva bem estruturado de ações “mais humanas” num contexto de contínua gestão do sofrimento, seja ainda pelo “exílio do convívio social” ou pela “ostensiva medicalização”.

Nesse alerta sobre os riscos de conformação com o dado até então, Ramalho problematiza o contexto:

[...] a morte simbólica da diferença e da divergência, habitando as práticas e saberes dos profissionais da saúde, muitas vezes até, sob a etiqueta da Reforma Psiquiátrica como política pública e de seus serviços estratégicos. (RAMALHO, 2010, p. 143)

Assim, pautada na noção de “construção de cidadania”, produz questionamentos quanto à efetividade de um projeto em curso que possa dialogar coerentemente com o lema “Por uma Sociedade sem manicômios”; provoca indagando se estaríamos contentados com o lema “Por uma sociedade com bons serviços substitutivos” a partir da satisfação com os ajustes produzidos pelas políticas públicas instauradas, afinal.

Desloca questionamentos que nos levem ao desafio de criação, efetivamente, de “oportunidades de circulação social e de sustentação da vida das pessoas que enfrentam problemas psíquicos fora da institucionalização”. (RAMALHO, 2010, p. 145)

Adiante, a autora reflete sobre a necessidade ainda de uma “dessanitarização” de práticas e olhares (RAMALHO, 2010, p. 266), ação insustentável apenas pela promoção de parcerias ou pela produção de projetos em si, aconselha como um caminho. Assim como adverte, considerando a ambiguidade que envolve o campo, que as práticas a serem consolidadas também não prescindam do Estado e devam ser asseguradas pelas políticas públicas e pela legislação do país, com o risco de não se sustentarem sem tal legitimidade.

Ramalho (2010) convida a pensarmos que é preciso leis, normas, parâmetros que legitimem as políticas e práticas, todavia chama a atenção para os riscos de suas institucionalizações em estancamento e conformidade, ela nos apresenta essa complexidade. Assim, fazemos nossas as palavras de Fernandes (1999), sobre a demanda de uma atenção contínua de construção e desconstrução:

É com essa preocupação e com essa determinação que procuramos resguardar uma cultura de contínua reflexão para que não tenhamos como produto de nossas transformações as práticas burocratizadas e as teorias fetichizadas. Todo conhecimento corre o risco de se transformar em ideologia e se perpetuar em instituição. A luta deve nos impor um exercício contínuo de construção e de desconstrução de nosso fazer. (FERNANDES, 1999, p. 98)

3.2 “Leitos” como desafio de debate

Na perspectiva dos desafios que residem no campo, considerando que os caminhos de avanços são permeados pelos movimentos de construir e desconstruir, passamos aqui para uma discussão complexa que parece dialogar com o fenômeno da continuidade de interações psiquiátricas com o intuito de, ainda que brevemente, levantar questões que já faziam parte da

prática cotidiana do trabalho no Ministério Público, mas que tomaram proporções de outra relevância pelo desenvolvimento da pesquisa: o desafio de diálogo sobre leitos.

Se por um lado era necessário acabar com os leitos vitalícios e desvitalizados de qualquer possibilidade de terapêutica e cidadania, incompatíveis com qualquer noção de direitos humanos, por outro, revelou-se um espaço lacunar de diálogo sobre a demanda de leitos, noutra perspectiva, como algo de relevância em momentos pontuais, partindo da compreensão de que era preciso que fosse assim, sem manicômios, sem leitos manicomialis, pois o caminho levava indiferentemente aos leitos de permanência que precisávamos combater.

Sem ignorar que a política previu mecanismos para internações breves, que envolviam situações de crise, agudas e sem apontar soluções que poderiam dar conta da questão (tarefa impossível), parece importante indagar sobre que efeitos a interdição, talvez parcial, desse assunto tão espinhoso poderia manifestar no fenômeno de internações que encontramos por tantos caminhos diversos sobre os quais nos atentamos aqui.

No cotidiano com promotores de justiça, gestores de serviços públicos de saúde da Rede de Atenção Psicossocial, gestores de serviços do setor privado, profissionais do cuidado dia a dia etc., era recorrente uma fala bastante repetitiva sobre a ausência de amparo de internação, sempre acompanhada da problematização dos momentos de crise em que se viam, principalmente familiares, impotentes quanto ao cuidado. Muitas vezes isso serviu como justificativa para o aceite de internações forasteiras nos territórios possíveis.

Sem ingenuidade, devemos incluir a perspectiva histórica de uma cultura que busca a terceirização do cuidado em locais depositários e isso pode ameaçar também acompanhar os pedidos do acolhimento em momento de crise. Negligenciar que a cultura ainda está em construção para a direção não manicomial, e que o costume se repetirá no processo, ignorar espaços de elaboração dessa demanda parece um obstáculo aos avanços.

Assumimos a delicadeza desse assunto. Reconhecemos quão complexa se apresenta essa questão, pois legitimar leitos (independente da sua configuração) se dá no risco iminente de fortalecer o cárcere, a exclusão, habita um fio tênue, que permite a perversão do discurso de cuidado. Imaginemos o perigo de debater sobre leitos com aqueles que aguardam uma única gota d'água para o alastramento de retrocessos.

Assim, nesse caminho, ousamos trazer indagações sobre o processo que se desdobrou na primeira oportunidade possível de trazer a discussão dos leitos ao debate legislativo, quando a direção progressista saiu de cena no governo federal, com a retirada de Dilma Rousseff em meados de 2017.

Ainda que saibamos que, a partir de 2018, houve o redirecionamento de diversas pautas por uma nova visão de mundo colocada, faz-se importante pensar o quanto já havia em 2017 marcas de uma disputa com uma cultura retrógrada que se revelava com as contradições apresentadas num redirecionamento de pontos na Política Nacional de Saúde Mental e que, refletimos, permitiu um desmonte sem tantas dificuldades nos últimos anos.

Como expressão dessa problematização que pretendemos, peguemos a Resolução N° 32, de 14 de dezembro de 2017, que “Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)”. Nela, seguem mantidos, entre os dez pontos de atenção da RAPS, os “Hospitais Psiquiátricos Especializados” (Art. 1.º). Logo no artigo segundo, esclarece-se que todos os serviços da RAPS aprovados devem ter garantida a continuidade do financiamento. Em seguida, o artigo quinto (Art. 5.º) veda a ampliação da capacidade dos leitos em hospitais especializados, reafirmando-se o modelo assistencial de base comunitária. No artigo sétimo (Art. 7.º), temos a aprovação para criação de CAPS AD IV³⁶, funcionando 24 horas pensando inserção nas cenas de uso de drogas, inclusive. Artigo oitavo (Art. 8.º) garante o fortalecimento dos SRTs (Serviços Residenciais Terapêuticos) com previsão de até final de 2018. Artigo nono (Art. 9.º) amplia oferta de leitos hospitalares qualificados para atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, destacando que devem ser estimulados leitos em enfermarias especializadas em Hospitais Gerais, o que interessa ao processo gradual, histórico da formação da rede substitutiva.

A Resolução 32, portanto, parece conduzir a uma direção de enfraquecer o investimento em hospitais especializados, todavia, logo adiante, o inciso IV desse mesmo artigo reajusta o valor de diárias nos mesmos hospitais especializados. Ainda temos no Art. 11 a indicação do fortalecimento da parceria e apoio intersetorial entre MS/MJ/MDS/MT quanto às comunidades terapêuticas, sem detalhamento do quem vem a ser a execução dessa parceria.

Ou seja, temos no cenário do final de 2017 diretrizes que se utilizam de um discurso de fortalecimento da RAPS, ao mesmo tempo que revelam na contradição discursiva a sustentação da manutenção dos leitos especializados existentes, havendo inclusive o ajuste de repasse para eles.

Ainda que ali estejam previstos como pontos de atenção a Atenção Básica, o Consultório de Rua, os Centros de Convivência e as Unidades de Acolhimento (tanto adulto como infanto-juvenil), o foco de investimento ainda recai sobre as formas de internação. Esse

³⁶ Centros de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas IV.

debate ainda está ali absolutamente presente, disputando o campo de atenção e de capitalização.

De alguma forma, parece um acordo assim: seguimos com a previsão de um atendimento de base comunitária, não ampliamos o número de leitos em hospitais especializados, todavia, na contrapartida, os que existem receberão incentivo com o ajuste para continuarem operando. Ao também incluírem sobre os leitos de CAPS IV e deixando em aberto a parceria com as comunidades terapêuticas, fica a interpretação possível de um acordo proposto: “a gente não desfaz o combinado antimanicomial, todavia, vamos fortalecendo as formas de internação nos manicômios que sobraram.”

É importante pensar que esse talvez seja um grande desafio no debate de nossa Luta Antimanicomial, pois parece que discutir leitos ainda nos assombra e não só pelo projeto de governo a partir de 2018; parece que é sobre o manicômio em nós (aquele que simbolicamente nos habita) que deixamos de lado ao discutir sobre a materialidade dos leitos que seguem a disputar o debate das políticas públicas e foram selecionados como pauta assim que foi possível entrar no campo de decisão uma ideologia mais retrógrada.

Peguemos como outro exemplo a Portaria Nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, que “Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências.” Ela considera a necessidade da oferta de suporte hospitalar estratégico para a Rede de Atenção Psicossocial e para a Rede de Atenção às Urgências, pela qual discute a configuração do serviço de CAPS AD IV como estrutura, formação de equipe, com foco na implementação de leitos especializados, discutindo providências quanto a outros procedimentos referentes a internação ou reinternação, com discriminação de prazos, sempre na perspectiva de curta permanência (por exemplo, não extrapolar 90 dias e, na medida de necessidade de reinternação, não antes de 30 dias) — o que aqui poderia dialogar com o combate a internações de permanência, pauta importante.

Essa mesma portaria estabelece diretrizes de funcionamento dos serviços residenciais terapêuticos (tipo I e tipo II, discriminando menor ou maior grau de dependência no cotidiano), compreendendo a sua essencialidade estratégica no processo, de um processo ainda vivo de desinstitucionalização.

Parece que mantém o percorrido do acordo antimanicomial, todavia, é uma resolução que vem pautar diretrizes sobre leitos, que, portanto, está em foco nesse momento. Faz-nos pensar no jogo do combinado perverso, porque ainda que pareça direcionar aos avanços de

leitos especializados de breve atendimento, vemos avançar em investimentos efetivos as comunidades terapêuticas.

Defendemos a necessidade de um debate vivo sobre as demandas sociais e como as soluções podem ser pensadas numa lógica que ainda habita o sentido do manicomial, inclusive nas entranhas de um política pensada e estruturada para ser antimanicomial, pois é notório que o incentivo aos pontos de atenção de base comunitária e territorial acabaram por ficar às margens em grande parte dos municípios e a procura por cuidados ainda insiste na exclusão, ganhando grande destaque no cenário, inclusive de financiamento gradualmente crescente as comunidades terapêuticas, quase como os leitos de permanência legitimados, já que validados na estrutura da política norteadora (o que teve imenso incentivo a partir de 2018, mas não se inicia ali e isso devemos enfrentar como obstáculo persistente, sobre o qual a presente pesquisa foca).

Sobre essa discussão e como na realidade se desenvolviam as ações à época, a Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME) posicionou-se em carta.³⁷ Em 1º de janeiro de 2018, ela discutia o momento da Reforma Psiquiátrica Brasileira em curso e questionava reformulações como retrocesso, inclusive apontando para um orçamento dito com fins de qualificação, mas que na verdade redirecionava recursos públicos para instituições asilares e privadas, em detrimento da implantação da RAPS, o que em si, não produz incentivo necessário aos caminhos de desinstitucionalizações.³⁸

O documento da ABRASME destacou a não priorização dos leitos em Hospitais Gerais existentes, com uma baixa taxa de ocupação, numa realidade em que os leitos de Hospitais Psiquiátricos ainda estavam em funcionamento dinâmico. Também escancarou a escolha de investimento nas comunidades terapêuticas em detrimento das Unidades de Acolhimento.³⁹

Tal momento fora marcado pela ausência de um processo democrático, ferindo o modelo de gestão participativa — o que foi contundentemente apontado pela ABRASME. Também se posicionou o Observatório de Análise Política em Saúde Mental (OAPS)⁴⁰ em sua

³⁷ Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/opinio/carta_abrasme_segunda-reforma-psiquiatrica/32662/>. Acesso em: 5 dez. 2022.

³⁸ O documento detalhava inclusive o número de habilitações (538) e incentivos (381) para a implantação de novos Serviços Residenciais Terapêuticos quando a realidade mostra um número bastante inferior de realizações (92 habilitadas e 25 incentivados).

³⁹ Compara a previsão de habilitação de 3 UAs, incentivo para outras 6 UAs, enquanto prevê a ampliação de 15.000 vagas em Comunidades Terapêuticas.

⁴⁰ Consulta em 25 de setembro de 2022: “O Observatório de Análise Política em Saúde (OAPS) está vinculado ao Projeto Análise de Políticas de Saúde no Brasil (2003-2017) apoiado pelo CNPq e Ministério da Saúde (Chamada MCTI / CNPq / CT-Saúde / MS / SCTIE / Decit N ° 41/2013), conformado por uma rede de pesquisadores inseridos em diversas instituições de ensino e pesquisa da área da saúde e afins envolvidas com a

15.^a edição⁴¹, ao analisar as mudanças na PNSM dadas a partir da Resolução n.º 32, quando se explicita novamente o movimento de retrocesso tanto democrático quanto da própria reforma psiquiátrica — ambos em caminhada indissociada, inclusive —, destacando a indiferença quanto aos protestos e posicionamentos contrários à aprovação; a falta de participação social era o projeto para o desenrolar da aprovação.

Dentre as tantas possibilidades de focalização de análise desse momento específico na história do país pela utilização discursiva do apoio do Conselho Federal de Medicina pelo ministro da saúde à época, interessa-nos pensar:

Para Ricardo Barros, as críticas às mudanças na política são ideológicas e não têm nada a ver com o mundo real. O Ministério tem divulgado o apoio de mais de 60 entidades e associações às novas medidas, entre elas o Conselho Federal de Medicina (CFM), que em nota afirmou que o texto aprovado “resultou de amplo e democrático debate, com foco permanente no fim da desassistência e no respeito aos direitos dos pacientes e seus familiares, bem como na qualificação do rol de serviços disponíveis”. (OAPS, 2018)

E interessa porque aqui tem-se como ferramenta narrativa a construção de um discurso que se apoia no fim da “desassistência” como procura de garantir “direitos”, o que inclui os “familiares” no bojo da assistência que a reformulação viria a abarcar. Bases de discurso que viríamos acompanhar com consistência a partir de 2018, mas que ali já se presentificavam como expressão, como emergente, de um obstáculo à tarefa antimanicomial.

No mesmo Boletim da OAPS/CDV de 2018 a pesquisadora Patricia Von Flach enumera alguns pontos críticos da proposta de reformulação em curso naquele momento, convergindo com a reflexão que fazíamos. Ela destacou o retorno da força e do dinheiro no que se refere aos hospitais psiquiátricos na contramão da gradual extinção; devido ao incentivo ao aumento de leitos em Hospitais Gerais — tornando enfermarias de grande ocupação com a demanda psiquiátrica —, alertou para o risco da promoção de “mini-hospícios”, na medida também em que vão na via do desinvestimento das “estratégias de reabilitação psicossocial”; alertou também para o perigo do retorno de ambulatórios especializados pela desconstrução da lógica do cuidado no território.

Ao falar do seu campo de pesquisa, discutiu a ampliação de comunidades terapêuticas e explicitou sobre o movimento de subfinanciamento e desinvestimento, concluindo: “A internação nas diversas modalidades propostas — Hospital Psiquiátrico, Comunidades Terapêuticas e grandes enfermarias em Hospitais Gerais parece ser o novo carro-chefe da ‘nova-velha’ política de saúde mental proposta.” Declarou, então, sobre a intencionalidade

produção de conhecimento crítico na área de Políticas de Saúde.” Disponível em: <<https://observatorio.analisepoliticaensaude.org/quem-somos>>. Acesso em: 5 dez. 2022.

⁴¹ Disponível em: <<https://observatorio.analisepoliticaensaude.org/boletim/2018/15>>. Acesso em: 5 dez. 2022.

mercadológica por trás das “novas” propostas, já que no Brasil, historicamente, os hospitais compunham um grande e rentável negócio. (OAPS, 2018)

Com o movimento observado a partir de 2017, portanto, observamos a atenção recair sobre a necessidade de regulamentação de leitos, que ainda seguem vivos em hospitais especializados, mas não só, por isso conversam diretamente com o objetivo dessa pesquisa que aponta para as institucionalizações à margem dos leitos — dos existentes aos barrados.

Parece-nos que é sobre esse risco eminente e vivo que desliza o temor de discutirmos o investimento em leitos de qualquer configuração, todavia, parece que se apresentou como pauta prioritária quando houve uma guinada de modelo de governabilidade, como expressão imediata.

Nesse sentido, é fundamental discutirmos de que leitos falamos, que leitos combatemos, no entanto, sem perder de vista que talvez desconsiderar o movimento cultural de busca por internações (representadas pelos leitos) ainda se faz como desafio. Como reflexão, parece que a interdição, pela dificuldade desse debate, tenha contribuído para as realidades que encontramos nessa rede de internação à sombra de nossas conquistas antimanicomiais.

Debruçamo-nos sobre a complexidade da questão que envolve a realidade de internações psiquiátricas – enquanto negócio, mas também enquanto demanda ainda consolidada no imaginário de cuidado de nossa história de assistência em saúde e suas inter-relações. Na medida em que queremos uma sociedade livre de manicômios, ao mesmo tempo que não toleramos o diálogo com aqueles que insistem em pedir por internações para os seus, quais seriam as aberturas possíveis de diálogos e não de aceitação?

3.3 Impedimento de diálogo como risco

Avançando nessas reflexões sobre a essencialidade de não barrar os diálogos⁴², tão caros às premissas que defendemos, encontro o trabalho de Nader (2019), que em seu livro “O não ao manicômio: fronteiras, estratégias e perigos”⁴³, discute em profundidade o que nomeia como “o perigo que está em cada um de nós” (p. 37), ao localizar “elementos da racionalidade que luta contra os manicômios” (p. 36).

⁴² Que fique claro que não falamos sobre o livre trânsito de opiniões que defendem ideais de intolerância. Diálogos que abarquem as diferenças, as demandas, os sofrimentos e como, dentro de uma cultura em transição entre o manicomial e o antimanicomial, se pode compreender os caminhos percorridos e a percorrer.

⁴³ Fruto de sua dissertação de mestrado.

A partir de experiências cotidianas de movimentos localizados no contexto de uma Rede de Atenção Psicossocial de uma história bastante recente em São Paulo, considerando o contexto dos riscos de retrocessos, o sucateamento, enfim, de um desmonte em curso, o autor atenta para outra preocupação: “um movimento de silenciamento das vozes dissonantes” (p. 40).

A partir de Agamben, o autor lança mão do conceito de “qualquer”, como potência de existência singular, não como indiferença — o qualquer não é ninguém, é aquele que de toda forma importa, que está ligado “à produção de outras possibilidades políticas, outras formas de se movimentar e de fazer circularem os afetos” (NADER, 2019, p. 41). E, assim, parte para a partilha de uma experiência vivida.

Num contexto de reunião num auditório com diversos atores componentes da RAPS, que o autor detalha com minúcia, destaca uma senhora negra que na roda de apresentação reivindica sua demanda. Ele a descreve na cena como alguém que segura uma grande faixa enrolada e carrega consigo pastas. Nesse contexto, ela fala em tom crescente (volume e irritação, ele ressalta) ao microfone. Diante do não esperado, Nader (2019) descreve o incômodo, o embaraço, marca a tensão presente, que de alguma forma termina num “silêncio (r)estabelecido” (p. 43) quando o ritual de apresentações é retomado, movimento que sugere ali presentificada a realidade de que os pares escutam entre si, e os que não seguem a norma são, por sua vez, silenciados” (p. 44).

O autor põe em questão de forma inquestionavelmente lúcida: “A luta daqueles que se aliam à reforma psiquiátrica é, justamente, contrária a tal naturalização, tal regime de verdade manicomial que reduz e silencia a loucura.” (NADER, 2019, p. 45)

No desenlace de sua escrita, pela construção da cena e da pessoa que ali se apresentava, Nader (2019) propõe uma montagem de significantes que se aliam à figura inicial da senhora que gritava na reunião, até constituir a imagem: “negra-e-reinvindicante-senhora-mãe-de-autista-que-queria-internar-o-filho” (p. 46), para concluir enfim que “Tudo aquilo o que ela queria parecia ser exatamente aquilo que os trabalhadores combatiam: a internação.” (p. 47). Descreve, então, sobre a disponibilidade de um trabalhador de seu território, alguém que se propõe a conversar com ela no final da reunião. O autor descreve e deixa a questão que ao longo de sua pesquisa irá aprofundar: “Aplausos foram ouvidos por todo o auditório enquanto, silenciada, a senhora se sentou. Uma solução foi encontrada?” (p. 47). Assim, ele nos convida a pensar:

Nessa luta, a internação — enquanto concretização máxima dessas produções que reduzem, silenciam e excluem pessoas — é o grande inimigo. É, portanto, nesse

lugar que a *senhora qualquer* de nossa narrativa poderia ser tomada: favorável às internações e, assim, inimiga.

Por ser tomada nesse lugar, uma questão se produz — questão que interessa muito à continuidade deste livro: como levar adiante a radicalidade de um projeto que clama por uma sociedade sem manicômios — sem reduções, silenciamentos ou exclusões — garantindo que aqueles que não compartilham dos mesmos ideais ainda tenham um lugar?” (NADER, 2019, p. 49, grifo do autor)

A leitura da discussão que o autor propõe permitiu ressignificar o incômodo vivido em momentos do fazer no Ministério Público, fosse em participação de visitas e reuniões, nas diversas oportunidades em que qualquer menção à internação fora absolutamente silenciada, refutada. Conversa encerrada. Como se o diálogo fosse a ameaça e não o cerceamento de liberdade — reconhecendo a linha fina e delicada que divide o campo.

Resgataremos duas experiências brevemente em diálogo com as indagações colocadas até aqui.

A primeira tem relação com a Narrativa 3: “Aqui é onde o diabo perdeu as botas”. Na ocasião daquela visita, em que a tal casa, não-serviço, fora fechada com a responsável sendo levada para responder criminalmente, havia uma questão indispensável que exigia ação rápida: o que fazer com todas essas pessoas naquele dia; onde passariam minimamente a noite e os próximos dias? Afinal, grande parte daquelas pessoas ali presentes estavam sob cuidados de alguém como quem contrata um serviço. A maioria delas, ao que soubemos, estavam ali com anuência ou mesmo por decisão de familiares; ou seja, a “devolução” para a casa de família ou para a própria casa também não parecia segura de prontidão, era preciso analisar a situação individual de cada uma daquelas pessoas.

Como situação que se apresenta fora do que está previsto na política — pensando que sempre algo escapa porque é assim que o possível do cotidiano se organiza — era preciso tomar uma decisão singular e, naquele momento, dentro do que dispunha o território, a solução imediata era encaminhar todas as pessoas a um serviço que o NAT-MPSP havia visitado noutra situação com a mesma promotora de justiça que acompanhava esse dia.

Era um local de configuração rural com várias unidades residenciais de proposta geral de residência terapêutica, que fora, inclusive, analisado criticamente pela equipe do NAT-MPSP. No entanto, para aquele cenário, desdobrou-se como a melhor opção para o acolhimento imediato. O serviço, bem estruturado, garantiria o básico de dignidade e cuidado até que os projetos individuais pudessem ser pensados e encaminhados. Nesse serviço, outrora visitado, cujas questões levantadas indicavam melhorias e adequações, estariam seguros e tendo a garantia do mínimo que lhes fora negligenciado no tal inferno narrado e testemunhado.

Há um limiar delicado aqui, já que podemos compreender a defesa de “uma internação limpinha”, ironicamente falando. O que está em pauta aqui é que nessas situações de violação extrema, os lugares que estão mais próximos de um acolhimento que considere o mínimo parametrizado se apresentam como solução imediata importante, como um caminho intermediário ao encaminhamento seguinte. O risco, sabemos, é o intermediário tornar-se o vitalício.

A segunda experiência que o encontro com a cena trazida por Nader (2019) rememora foi uma participação de uma visita de inspeção, em um hospital psiquiátrico, ação realizada conjuntamente com outros órgãos importantes da qual destacaremos um momento que conversa com o que refletimos aqui.

Acompanhada de outra profissional de nossa equipe do NAT-MPSP, víamos alguns prontuários, quando inesperadamente encontramos um discurso alinhado com as práticas de internações breves e intervenções numa perspectiva antimanicomial. Dois casos específicos que chamavam atenção pelo tempo prolongado de internação, sobre os quais a equipe responsável mostrou-se bastante preocupada, discorreu sobre as ações às quais se dedicava já havia alguns meses para alterar o fluxo de cuidado extramuros, mas sem sucesso, sem parcerias possíveis, inclusive em diálogo com o sistema de justiça.

Essa visita tinha um caráter de fiscalização denso. A entrada na instituição teve um clima policialesco, era como se o triunfo antimanicomial tivesse a oportunidade de se impor sobre os manicomialistas que ainda mantinham aquela estrutura herética de pé por gosto. Esse era o tom predominante daqueles que adentravam para encontrar as falhas.

Evidentemente, o trabalho de fiscalização produz tensão, é feito no desconforto de quem abre as portas e será de alguma forma avaliado. Todavia, um aprendizado importante nos anos de Ministério Público é que fiscalização pode ser trabalho ou pode ser poder, e trabalho e poder não correspondem; nesse sentido, a esfera cível ainda parece se confundir com a criminal — característica bastante reveladora da noção de sociedade em jogo e o quanto temos a avançar com o projeto desenhado na Constituição Federal de 88.

Voltemos à cena dos prontuários. Enquanto alguns bradavam sobre as falhas (e isso não é exagero, havia algo de cênico no apontamento das contravenções identificadas), sem escuta sobre o que acontecia cotidianamente no lugar, que, ao contrário dos absurdos que foram encontrados noutros hospitais dessa mesma ação de inspeção — como seria de esperar —, estava com ações e discursos que buscavam alinhamentos com a direção da reforma psiquiátrica (dentro dos limites de serviço de leitos especializados, cuja configuração em si já traz limitações incontornáveis). Como exemplo, verificamos o esforço de tempos breves de

internação, que podiam ser verificados na documentação do serviço e na conversa, inclusive, com algumas pessoas internadas.

Enfim, uma mulher que lá estava internada adentra a sala administrativa onde nos encontrávamos, como quem busca algo sem muita direção. Perguntou-nos quando iria sair, pausou, olhou-nos melhor, desculpou-se pela confusão, achou que éramos outras pessoas do grupo de inspeção, que era de fato numeroso e estava espalhado pelo serviço. Abrimos conversa e ela nos disse que havia sido informada por alguém de nosso grupo de que ela deveria sair assim que a ação naquele dia se extinguisse; disse que não tinha entendido direito, mas entendeu que não devia estar internada e logo iria poder sair.

Não que a conversa estivesse fluindo na compreensão que distingue verdade de interpretação, delírio de realidade, fala com filtro de escuta, mas fato é que entre o discurso militante que acompanhava nosso grupo de inspeção e a realidade hospitalar vivida por aquela mulher e os profissionais que ali a assistiam, havia um cotidiano conduzido a partir de um projeto singular terapêutico (PTS)⁴⁴, que, gostemos ou não, estava pautado e sendo realizado e que foi abruptamente cortado por uma fala/promessa que não estava na possibilidade de acontecer naquele momento. Isso nos pareceu deveras violento e com isso não pretendo dizer do que foi dito, mas do que, na cena que nos envolvia a todos, foi transmitido a uma mulher que deveria por absolutamente todos nós ser cuidada. Põe-nos a pensar sobre um movimento

⁴⁴ PTS – Projeto Terapêutico Singular: serve ao direcionamento de propostas de condutas terapêuticas articuladas, construído a partir da discussão de uma equipe interdisciplinar e com a participação da pessoa e incentivo à participação de familiares, na perspectiva de autonomia.

Segundo Baptista, Camatta, Filippin e Schneider (2020), em artigo de revisão integrativa do PTS:

“Tendo em vista a humanização do cuidado em saúde, dentro dos princípios de integralidade e equidade estabelecidos pelo SUS, nasceu no início da década de 1990 o PTS. Trata-se de uma estratégia de cuidado, ou seja, um conjunto de propostas de cunho terapêutico, que são discutidas e construídas coletivamente por uma equipe multiprofissional. É elaborado especificamente para uma pessoa, uma família ou um grupo, com intuito de promover a integralidade e a equidade do cuidado, princípios básicos do SUS. A construção de um PTS pressupõe uma maior participação do sujeito na elaboração, aplicação e avaliação de seu projeto terapêutico, incentivando a participação da família no processo de cuidado com intenção de facilitar a reinserção social do indivíduo em seu meio.

Dessa maneira, um PTS tem por objetivo contemplar as necessidades do sujeito de forma singular, pois é personalizado, de forma ampla e suas ações não se restringem apenas ao atendimento de demandas relacionadas a problemas clínicos e de terapêuticas farmacológicas.

O PTS também leva em consideração as vulnerabilidades do sujeito que, além de contemplar dimensões individuais, culturais, econômicas e sociais, traz uma dimensão programática, a qual diz respeito às estratégias e programas que visam o cuidado de determinada necessidade do indivíduo. Tal compreensão o aponta como um instrumento capaz de subsidiar a construção de intervenções para enfrentar situações de vulnerabilidade a partir da problematização da situação em análise, ajustando as propostas de ação de acordo com a realidade.

O PTS é um instrumento facilitador de ações em saúde, uma vez que estabelece e organiza o cuidado, promove a autonomia e contribui com a noção de corresponsabilidade, pois é através de um diálogo entre equipe multiprofissional e usuário, considerando as particularidades do sujeito e as características de cada caso. O PTS é, portanto, ‘um movimento de coprodução e de cogestão do processo terapêutico de indivíduos ou coletivos, em situação de vulnerabilidade’.”

de não-escuta das demandas singularizadas, quando tomados estamos do (fundamental) debate coletivo e podemos produzir, como efeito, um ato de descuidado.

Quando negamos a escuta das demandas dissonantes, principalmente quando esta se diferencia do discurso pelo qual lutamos, estamos em risco. E aqui é necessário discriminar: não falamos do interesse econômico-financeiro da indústria da loucura, isso não está em questionamento, na verdade, porque a disputa dos interesses econômicos não sairá de cena enquanto for vigente o sistema que opera, no qual todos os elementos estão imbricados.

Mas, ao ouvir sobre os tantos discursos de cuidado pautados nas interações que persistem a existir nas entranhas de uma rede viva às margens do olhar do discurso de sucesso de nossa reforma e que colhe nesses últimos anos os efeitos de um desmonte que não encontrou muitas barreiras pelo caminho, fica a tarefa de pensar em como lidamos com a diferença num contexto de uma luta que para seguir precisa radicalizar.

Segundo reflete Pichon-Rivière⁴⁵:

Se essas diferenças são negadas ou negligenciadas, ainda que isso ocorra por parte de um só membro do grupo, modifica-se uma configuração essencial que condiciona a vida normal, criando-se um estado de confusão e de caos. (PICHON-RIVIÈRE, 1971, p. 192)

Como convoca o autor a refletir, o que estaria obstaculizando o cuidado em liberdade? Que medos e ansiedades ainda nos tocam? Dialogar continuamente ao poder escutar os não seria importante? Por que, por tantos anos de graduais avanços, tantas e importantes políticas de cuidado em território, considerando a imprescindível convivência e o fortalecimento de laços e geração de renda, teve tão pouco protagonismo? Por que centramos o protagonismo no aparelhamento de um serviço que de alguma forma foi sendo aceito no imaginário de um atendimento ainda especializado como peça fundamental, ou até mesmo como peça suficiente?

Seguimos a refletir acerca dos riscos e obstáculos, a fim de continuarmos em movimento, o qual não pode prescindir da abertura de diálogos.

⁴⁵ Passagem partilhada por Gregório Kazi, em 23 de setembro de 2022, numa das reuniões de orientação de nosso grupo de orientação.

Capítulo 4. Loucura, segregação, manicômios: das naus europeias às comunidades terapêuticas no Brasil

[...] confiar o louco aos marinheiros é com certeza evitar que ele ficasse vagando indefinidamente entre os muros da cidade, é ter certeza de que ele irá para longe, é torná-lo prisioneiro de sua própria partida.
(FOUCAULT, 2005, p. 12)

Prisioneiros de sua própria partida. Certeza de que não ficariam vagando entre os muros da cidade. Quão presente se faz essa imagem, esse almejo, ainda nos momentos atuais? Apesar do tanto já caminhado, temos ainda muito a percorrer, não de forma errante, ainda que livre para criar, para ser sonhada a estrada como possibilidades de existir e não como um sonho em si de uma existência-unidade.

4.1 Partindo com as naus de Foucault

Foucault (2005) e a nau dos loucos subsidia pensar refletindo sobre as formas de manicômios que insistem em perseverar nas mais diversas expressões.

Propicia imagens, reflexões e noções ainda frescas ao adentrarmos tantos muros que dividem a realidade dos que transitam fora e além deles. Assim, como as narrativas vêm partilhar, parece que ainda confiamos os loucos aos marinheiros, e não só os loucos numa forma clássica de compreender os não são, desenvolvamos a partir de Foucault (2005).

Para pensar a loucura nesta pesquisa, neste momento histórico e neste território Brasil, é importante lembrar que o estigma da loucura carrega consigo diversas formas de manifestação e de lugares sociais. Quem são aqueles e aquelas cujo sofrimento psíquico se manifesta e demanda, portanto, a assistência desassistida sobre a qual esta pesquisa dedica-se? No geral, estamos aqui relacionando loucura e marginalidade, sendo tal expressa por atravessamentos de classe, de raça, de gênero e de idade (produtiva ou não produtiva).

Medidas de exclusão que ora foram lançadas para tratar da lepra e seguidamente doenças venéreas foram posteriormente miradas como sítio da loucura. Na transição no tempo, falando em séculos, a “Nau dos Loucos” emergiu como símbolo a retratar o enfrentamento à loucura. Foucault (2005) destacou o aparecimento da loucura nas imagens de diversas naves na arte e na literatura, todavia salientou que, diferente de outras representações manifestas, essa se apresentava como fotografia de realidade: “esses barcos que levavam sua carga insana de uma cidade para outra”. Assim a vida do louco era marcada pela característica errante, o movimento das cidades de escorraçar de seus muros para andar fora dos limites da

cidade ou até mesmo serem encarregados a mercadores e peregrinos, a alternativa outra era confiá-los a barqueiros (FOUCAULT, 2005).

O autor reconhece sobre a dificuldade de compreensão exata do costume, uma vez que também eram encaminhados a leitos de hospitais, eram também tratados de forma diferentes os loucos da cidade e os loucos estrangeiros, não identificando uma forma sistemática de exclusão em si — e aqui nos provoca uma inquietação sobre do que falaria o estrangeiro e o lugar da diferença.

A depender do lugar, algumas estratégias mais comuns foram verificadas, mas ele destaca que, quando essas pessoas consideradas “desarrazoadas” não eram destinadas a exílios, a intervenção priorizada estava fundamentalmente com foco no alojamento e no delineamento, mas não no tratamento (FOUCAULT, 2005). E esse apontamento do autor nos leva a pensar em algo comum e que se repete em várias situações, quais sejam de priorizar a segregação ao invés do lugar para um cuidado em si, como vimos nas narrativas.

Ainda em relação às naus, Foucault delineou a imagem do louco-passageiro, um passageiro aprisionado no período da passagem: “sua exclusão deve encerrá-lo; se ele não pode e não deve ter outra prisão que o próprio limiar, seguram-no no lugar de passagem.” Essa é outra imagem preciosa acerca do não lugar do louco, pois apenas esse lugar de passagem é que lhe resta para habitar, no entre lugares, entre tempos, entre vidas.⁴⁶

Voltar às naus de Foucault faz-se importante para que possamos tocar alguns comuns e algumas diferenças⁴⁷. O trilho que Foucault segue na compreensão profunda da história da loucura (em perspectiva ocidentalizada) auxilia-nos a compreender a persistência de determinadas barreiras ainda tão atuais e nos questionar sobre quão entranhado é o desejo por exclusão do louco — ainda que Foucault considere que em paralelo há um fascínio pela loucura.⁴⁸

⁴⁶ Foucault acrescenta à compreensão que elabora o valor de purificação que a água atribui. É importante destacar que ele sinaliza ao longo do texto que essa imagem da barca e a relação entre água e loucura estão vinculadas à imaginação ocidental do homem europeu.

⁴⁷ Foucault vem romper com paradigmas da Filosofia Positivista, esforço imprimido também pelo movimento de luta antimanicomial, que vem romper com uma prática histórica positivista, hierarquizada, segregacionista. Se a história de uma Filosofia e uma Sociologia fora pautada na racionalização, na ordem, nos critérios da verdade do saber humano pela reprodução de leis gerais da física também para a conduta humana, ideais que marcam o trabalho de Augusto Comte, por exemplo, Foucault subverte essa lógica e radicaliza um saber.

A concepção de planejamento para reformas sociais, marcada pelo assistencialismo, de Comte, seriam passíveis de controle e organização, portanto, dentro dela não caberia a natureza democrática que é marcada pela imprevisibilidade. É rompendo com essa forma de pensar e compreender o mundo que as contribuições de Foucault vêm conosco dialogar, pensando a natureza democrática dos princípios do movimento de uma sociedade sem manicômios.

⁴⁸ Se a loucura revelava o horror, por outro lado, a loucura também se aliava ao fascínio, podendo a loucura expressar um saber, um saber esotérico e isso se expressava na gravura de Josse Bade e também em “A Nau dos

Na perspectiva da relação entre loucura e morte, Foucault (2005) apontou para como ela influencia o movimento de exclusão: para a retirada da presença da morte nos cotidianos e, aqui, faz nova ponte com a lepra. Ambos, loucura e lepra, eram a evidência da morte em vida, no caso da loucura pela representação da demência do homem. Este laço persistirá por muito tempo para além do século XV, se encontrando no centro da experiência clássica da loucura (FOUCAULT, 2005).

Nesse sentido nos interessa refletir sobre a experiência clássica e a loucura tal como concebida nos dias de hoje, principalmente no que se refere às questões de sofrimento psíquico, considerando, como constituintes dele, os contextos histórico-sociais. Miséria e loucura estariam indissociavelmente vinculadas, ou melhor, as misérias, no plural, e portanto misérias que remetem à morte, às mortes, das concretas às simbólicas.

Ao discorrer sobre os “Muros do Internamento”, Foucault (2005) evidencia que, para além da função da exclusão, há outra de organização a partir de unidade, coerência e atribuição, para diversas formas de “desatino” que apresentam as justificativas do isolamento, tal como aquilo que se distancia da “norma social”.

Se em “Stultifera Navis” os tipos morais relacionados ao desatino eram “o glutão, o sensual, o ímpio, o orgulhoso” — como estereótipos, caricaturas de existência —, depois do século XVII, “o homem desatinado é uma personagem concreta tomada num mundo social real, julgado e condenado pela sociedade de que faz parte”, sendo, portanto, passível de reconhecimento a partir de locais e condutas familiares. Aqui, ele trabalha a noção de que o desatino se aliena, a insanidade se exila e a loucura se põe em silêncio, distanciada do espaço social, pelo banimento (FOUCAULT, 2005).

A loucura apresenta-se, então, como oposição a uma razão. Nesse sentido, o argumento de racionalidade que constitui a loucura em sua análise histórica como doença mental nos interessa ser retomado:

A loucura torna-se uma das próprias formas da razão. Aquela integra-se nesta, constituindo seja uma de suas forças secretas, seja um dos momentos de sua manifestação, seja uma forma paradoxal na qual pode tomar consciência de si mesma. De todos os modos, a loucura só tem sentido e valor no próprio campo da razão. (FOUCAULT, 2005, p. 33)

Loucos” de Bosch. Segundo Foucault, as imagens traziam segredos, tragédias, fantasias. Todavia, as expressões de seu impacto nas artes se apresentaram sob diferentes influências, tendo, na literatura, com Erasmo, uma expressão mais íntima do homem consigo mesmo, assumindo um aspecto de “sátira moral”, distanciando-se da imaginação dos pintores e se aproximando de um fenômeno mais próximo do homem, menos do divino, apresentando um confronto entre “a consciência crítica e a experiência trágica.”

Nessa perspectiva, Foucault (2005) estabelece uma relação dialética entre razão e loucura que devemos pensar de forma a atualizar o que se coloca como razão e o que se coloca como loucura se pensarmos a relação normal-patológico, normativo-destoante, assim como nos convoca a compreender Pichon-Rivière, incluindo as categorias de raça, gênero, etarismo, além de classe (e sem determinar ordem de importância, considerando esses marcadores de diferença em relação interseccional).

Queremos crer que é por havermos conhecido mal a natureza da loucura, permanecendo cegos a seus signos positivos, que lhe foram aplicadas as formas mais gerais e mais diversas de internamento. (FOUCAULT, 2005, p. 112)

Se, a partir destas palavras de Foucault, pudermos identificar uma proposição dialética que simplesmente fale do normal-diferente, normal-extraordinário, normal-anormal, normal-excepcional, caberá discutir a diferença que nos marca como seres singulares e que normas serão reescritas pelo deslizamento de uma espiral dialética que não se dá como um fechamento de um ciclo vicioso, mas saudável na medida em que mantém movimento e transformação pelo processo de explicitação estruturando-se em circuito sempre aberto (PICHON-RIVIÈRE, 2009)⁴⁹.

Foucault (2005) destaca uma discussão que nos interessa pensar como elemento reeditado em tantas instituições visitadas: o surgimento dos Retiros, enquanto proposta de retorno à natureza, a partir da construção de cura admitida por Tuke, ao descrever que a loucura seria oriunda das causas da sociedade, não da natureza do próprio homem, assim:

Nessa vida agrícola imposta aos doentes do retiro, e que parece orientada apenas por uma imóvel confiança, esgueira-se uma operação mágica, na qual se espera que a natureza faça triunfar a natureza, por semelhança, aproximação e misteriosa penetração, enquanto é conjurado tudo aquilo que a sociedade pôde depositar no homem de contrário à natureza. (FOUCAULT, 2005, p. 468)

Foucault (2005) é categórico quanto ao caráter de segregação que compõe o retiro e sua lógica. Nele, o louco mais responde a partir da perspectiva de ser culpado, mas a ele é conferida a responsabilidade pela retomada de sua consciência para então conquistar sua liberdade. Assim, nasce a noção de um asilo que promove a organização da loucura na direção de tomada de consciência, na qual a instituição lhe dirige um olhar sem possibilidade de via contrária: seu destino é ocupar lugar de “visitante desconhecido”, bem como de “crianças”.

Nada poderia ser mais comum, aproximativo, que a realidade de tantas comunidades terapêuticas visitadas, cuja parte é partilhada nessas narrativas, somando a essas realidades

⁴⁹ Sem com isso romantizar o sofrimento psíquico. É importante atentarmos à tarefa dessa pesquisa, que terá foco na afirmação de diferenças, sem com isso romantizar os sofrimentos que acometem a tantos e que demandam cuidados que são de responsabilidade coletiva; e, por isso, exigem estratégias que abarquem o aparelhamento de gestão do Estado, mas em conjunto com a luta pela mudança de um olhar social, na cultura.

atuais a questão da orientação dos Doze Passos que servem de guia na tomada de consciência em direção a uma cura do “vício” — não poderíamos deixar de fazer a conexão, bastante direta, entre a noção dos retiros e as atuais e abundantes comunidades terapêuticas.

Os estudos de Goffman (2003) contribuem nessa discussão, que relaciona o comportamento do “doente mental” mais ao funcionamento da instituição do que à doença em si, e que conceitua a instituição total, já no início de sua obra:

Uma instituição total pode ser definida como um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada. (GOFFMAN, 2003, p. 11)

Ele destaca que tais podem ser prisões, ou outras configurações, todavia irá debruçar-se sobre a experiência em hospitais para doentes mentais. Goffman (2003) parece apropriadamente essencial, por exemplo, para compreendermos uma das memórias trazida na narrativa, quando a palavra “almoço” dispara o silêncio, a fila, numa organização ritualizada e organizada. Ele concebe sobre o enquadramento na máquina administrativa de um estabelecimento, pelo qual aquele que se insere será “modelado suavemente pelas operações de rotina.”

Entre tantos preciosos elementos de análise, Goffman destaca sobre a perda do nome representar uma “grande mutilação do eu”. A perda do nome, entre outras tantas que ele retrata no aspecto das posses, a mais significativa de todas. A primeira mutilação seria representada pelas barreiras colocadas entre o internado e o mundo externo. Muito pode nos interessar retomar as caracterizações dos processos manicomiais trazidos por Goffman, pois muitos são os paralelos possíveis, como que um presente que deveria apenas rememorar um incômodo passado e que se apresenta pulsante em tantas realidades tão atuais.

Para pensar o conceito manicomial, como nesse estudo nos interessa, é preciso pensar criticamente a loucura, contextualizá-la histórica e socialmente. Loucura e realidade não seriam construção, movimento, concepção dinâmicos? Frayze-Pereira (1982) pondera sobre a loucura como questão problemática, e sua definição em si mesma como fato isolado, talvez impossível, pois ela habita a relação entre normal e anormal. Além disso, se relação intrínseca à existência de ambas as condições, sempre coexistentes em contraposição, “a própria norma cria a possibilidade da sua negação lógica” (p. 21).

E ao propor inscrever a loucura nalgum campo de concretude, Frayze-Pereira (1982) recorre a Foucault e ao reconhecimento da loucura como doença no contexto cultural que a reconhecerá como tal, em que determinado comportamento será concebido como afastado da

norma e, portanto, rejeitado. Assim, os loucos vão, ao longo da história, sendo destinados ao lugar da exclusão, dado um desvio.

4.2 Reflexões que considerem a colonialidade para pensarmos Brasil

Partindo inicialmente de uma noção clássica de loucura trabalhada por Foucault (2005), fazemos pontes com os estigmas que seguem a acompanhar os loucos, ou mesmo os estigmas que os levam à classificação de loucura ainda nos dias atuais.

Uma reflexão que nos interessa nesse momento é considerar que se nossa disputa pelo cuidado em liberdade carrega a aposta de afirmação de uma diversidade humana, é importante perceber que ela parece se apresentar como ameaça a uma existência pré-concebida de civilização (na qual Foucault e seu percurso se inserem), mas aqui considerando o que há de estigma na realidade brasileira.

Nesse sentido, deparamo-nos com Krenak (2020), que, com sua simplicidade de pensamento profundo e não colonizado, fala sobre a classificação de humanidade e sub-humanidade:

É como se tivessem elegido uma casta, a humanidade, e todos que estão de fora dela são sub-humanidade. Não só os caiçaras, quilombolas e povos indígenas, mas toda vida que deliberadamente largamos à margem no caminho. E o caminho é o progresso: essa ideia prospectiva de que estamos indo pra algum lugar. Há um horizonte e estamos indo para lá, e vamos largando o que sobra, a sub-humanidade — alguns de nós fazemos parte dela. (KRENAK, 2020, p. 10)

Essa mensagem é emitida em 2020, em meio a uma pandemia que nos assolava, pela qual Krenak (2020) escancara em palavras a obviedade de um projeto de mundo que seguia seu curso e que nunca fora pensado para a humanidade como uma unidade e sim para uma determinada casta de gente considerada gente, deixando à margem grupos específicos de pessoas.

Obviamente, Krenak não está falando do exílio da loucura, mas ao tratar das margens, das sobras pelo caminho do progresso, dialoga com as pessoas que foram trazidas em cada memória de encontro desenhadas nas narrativas dessa pesquisa. Cabe-nos pensar a loucura-miséria atrás das cortinas do horizonte do progresso, e por que não pensar nas margens do progresso de um projeto reformista também? — cujos braços não foram capazes de conter as ondas de uma força manicomial feroz e persistente.

Em 2019⁵⁰, Krenak discursou sobre uma noção de humanidade que declara intencionalmente restritiva, pela qual as pessoas são obrigadas a existir como mão de obra em centros urbanos e, para tal, abrir mão de campos e florestas como efeitos da modernização, faz menção à loucura vinculada à ausência dos referenciais e da ancestralidade, que também nos interessa ao pensar o que atribuímos ao conceito de loucura numa perspectiva para combater uma referência colonial:

Essas pessoas foram arrancadas de seus coletivos, de seus lugares de origem, e jogadas nesse liquidificador chamado humanidade. Se as pessoas não tiverem seus vínculos profundos com sua memória ancestral, com as referências que dão sustentação a uma identidade, vão ficar loucas neste mundo maluco que compartilhamos. (KRENAK, 2019, p. 14)

E assim, Krenak (2019) nos põe a pensar na loucura do mundo e não individualizada. A loucura de um todo que produz loucos pelo desenraizamento de si, quando o eu é sua história, seu entorno, seu passado em relação ao seu presente. Noção cuja força tem sido combatida pela forma colonial de pensar e agir:

A ideia de que os brancos europeus podiam sair colonizando o resto do mundo estava sustentada na premissa de que havia uma humanidade esclarecida que precisava ir ao encontro da humanidade obscurecida, trazendo-a para essa luz incrível. Esse chamado para o seio da civilização sempre foi justificado pela noção de que existe um jeito de estar aqui na Terra, uma certa verdade, ou uma concepção de verdade, que guiou muitas das escolhas feitas em diferentes períodos da história. (KRENAK, 2019, p. 11)

Dialogando com as narrativas, ao adentrarmos nos diversos manicômios ainda persistentes — antigos e novos, tradicionais e transfigurados —, são visuais as relações entre loucura-miséria, loucura-raça, loucura-gênero, loucura-idade e esses grupos são encontrados em tantos e diversos espaços manicomial. E como não pensar nas produções de um sistema que se beneficia desses mecanismos abundantes, ainda que à sombra, de controle dos corpos.

Scarcelli, na constante tarefa de indagar sobre a tarefa antimanicomial, provoca sobre a noção de inclusão do louco na cidade como transcendente ao âmbito da reforma psiquiátrica, portanto, considerando problemática a perspectiva de reinserção social numa lógica urbana que se desenvolve cada vez mais em espaços mais homogêneos e excludentes (SCARCELLI, 2011, p. 72) — ideia que dialoga com a noção de humanidade restritiva trazida por Krenak (2019, 2020).

Ela assume que “Vivemos uma crise do sujeito.” (SCARCELLI, 2011, p. 182), contextualizada no sistema mundial capitalista, marcada, portanto, por individualismo e consumismo. Trabalha sobre a dificuldade também de localizar o “inimigo”, na medida em que as causas, globalizadas como os problemas, estão num campo de visibilidade turva, o que

⁵⁰ Numa fala pública em Lisboa, Portugal, ou seja, a terra de nossos colonizadores.

nos leva a um campo complexo de reflexão em direção a problematização, decifrações, indagações que nos levem a considerar propostas de inclusão social.

Novamente preocupamo-nos em não negligenciar a pauta do cuidado/assistência em saúde mental, reduzindo leituras sobre o que promove sofrimento psíquico, mas sim em dar a ver que não é possível prescindir de tal leitura social que demanda a visibilidade dessa trama interseccional na compreensão da produção de sofrimento e, portanto, dessa rede de “desassistência” que paradoxalmente vem se apresentando como necessária, ainda que com tantas conquistas em políticas de atenção em saúde mental.

Precisamos cuidar de compreender sofrimentos nas circunscrições que falam das formas de relações sociais constituídas no e pelo contexto brasileiro — ainda que não demos conta de especificidades territoriais e identitárias de uma Brasil muito vasto —, todavia, isso nos convida a pensar o que pode acontecer nessa imensidão cultural marcada por tantas diferenças e comuns.

Nesse sentido, Frantz Fanon apresentou-se como interlocutor fundamental, pois discutiu loucura e seus tratamentos em contextos, provocando uma quebra de homogeneidade na forma de olhar o louco como um, o transtorno como um, e, portanto, a forma de lidar e cuidar como única. Fanon, por exemplo, ao comparar as noções de juízo na França e na Argélia, compara a forma como se encontra com as noções de sanidade. Para o mulçumano magrebino, há crenças constitutivas de um psiquismo que, aos olhos do europeu, pareceriam primitivas e até ensandecidas, que, todavia, eram partilhadas tanto por homens considerados enfermos quanto também pelos sãos. (FANON; AZOULAY, 1954)

Fanon e Azoulay (1954), no artigo “A socioterapia numa ala de homens mulçumanos: dificuldades metodológicas”, ao debruçarem-se sobre um experimento com dois pavilhões diferentes do Hospital Psiquiátrico de Blida-Joinville — um com 165 mulheres europeias e outro com 220 homens mulçumanos⁵¹ —, discorrem sobre a diferença entre os recolhimentos possíveis a partir das intervenções de caráter ocidental em ambos os grupos. Descrevem o caráter vitorioso de uma terapêutica que envolvia arte e encontro, cujos dispositivos eram construídos com as mulheres em riqueza de execução e participação. Ressaltam sobre um cotidiano menos penoso, a mudança de atmosfera no pavilhão, bem como o aumento no ritmo de altas.

No entanto, contrapõem o sucesso da intervenção quando empregam o mesmo método aos homens mulçumanos, salientando as dificuldades, já marcadas de início pelo obstáculo da

⁵¹ Os autores destacam a configuração peculiar da instituição que permitiu a realização desta pesquisa.

língua (sobre o qual astutamente pensam a intervenção com um intérprete ciente de todo o experimento). As estratégias frustradas são descritas como acompanhadas de um característico desinteresse geral, quando, então, decidem investigar as razões do fracasso para saída de um impasse. É quando percebem que havia uma tentativa ingênua de tentar adaptar uma sociedade mulçumana ao enquadramento (ainda que fosse pela arte, pela recreação etc.) ocidental: “Como seria possível uma análise estrutural se colocávamos entre parênteses os contextos geográficos, históricos, culturais e sociais?” (FANON; AZOULAY, 1954, p. 182). Reconhecem na proposta a tentativa de promover o desaparecimento de uma cultura em benefício de outra, que implicava numa impossível reciprocidade:

Havia um salto a dar, uma transmutação de valores a realizar. Com todas as letras, era preciso passar do biológico ao institucional, da existência natural à existência cultural.

O biológico, o psicológico e o sociológico haviam se separado apenas em razão de uma aberração do espírito. Na realidade eles estavam absolutamente ligados. Foi em decorrência de termos integrado em nossa prática cotidiana a noção de *Gestalt* e os elementos da antropologia contemporânea que experimentamos fracassos tão grosseiros. (FANON; AZOULAY, 1954, p. 183)

Fanon traz para a discussão a questão imprescindível do cultural sobre a noção de loucura e, ainda que esteja noutra século, lidando com culturas que aqui se estabelecem diversas (já que localiza a discussão na população argelina). A partir de suas “considerações etnopsiquiátricas” (FANON; AZOULAY, [1954 ou 1955]), indica que “a arma essencial da psiquiatria é a psicoterapia” (p. 232), considerando a essencialidade do acesso da língua e o quanto o resultado dos testes não levam em conta a inserção cultural. Fanon é um convite a pensar a forma como a psiquiatria no Brasil pensa intervenções a despeito de pensar raça, gênero e classe, no geral.

Ao comparar uma experiência que poderia ser reconhecida como de sucesso dentro do Hospital Psiquiátrico de Blida-Joinville com uma ala de mulheres europeias, onde construiu-se sentido, principalmente a partir de arte e encontro, e na qual houve um número de altas decorrentes dessas apostas clínicas com uma ala de homens mulçumanos onde as mesmas medidas (sim, interessantes, investidas, vívidas) não tiveram resposta positiva alguma (ao contrário disso, descreve-se a indiferença contínua diante das estratégias adotadas com as mulheres), Fanon nos provoca a sair do lugar de um olhar colonizado para a aproximação de sentidos com o outro que está diante de nós.⁵²

⁵² Assim como também discute Krenak sobre a importância de sentido, todavia de outro lugar — continental, racializado, histórico. Ele discute sobre como a ideia de cidadania está deslocada do sentido porque deslocada da experiência de viver “numa terra cheia de sentido, numa plataforma para diferentes cosmovisões” (KRENAK, 2019, p. 25), quando cita Mujica que nos lembra que as pessoas foram transformadas em consumidores e não cidadãos, assim como se remete a Boaventura de Souza Santos para resgatar o sentido sobre nossa experiência

Ao descrever esse ponto de inflexão na aposta clínica, Fanon partilha sobre a falta de entusiasmo dos enfermeiros: “Não há como despertar o interesse dos pacientes; eles querem se deitar logo depois de comer e é preciso trancar os dormitórios a chave para impedi-los” (FANON; AZOULAY, 1954, p. 178).

Quantas vezes essa mesma frase não foi ouvida dentro de instituições durante as visitas do Ministério Público em comunidades terapêuticas, instituições para idosos, clínicas de internação voluntária? Fanon escrevia isso em 1954, todavia, essa mesma frase continua se repetindo em diferentes espaços de segregação e não de cuidado, pois falta ao cuidado o olhar que Fanon nos alerta e transmite: o sentido singular importa, não somos os mesmos, não precisamos das mesmas coisas, mesmos investimentos, é preciso escuta para cuidar e escuta envolve descolonizar as relações (o que Fanon descreveu como necessidade de considerar “a morfologia social e as formas de sociabilidade”).

A aparição do arcaico no atual como o testemunho de práticas que poderiam ter sido apenas importadas por uma “máquina do tempo”.

4.3 Loucura e Justiça – breves reflexões

Como este é um campo de contato e que atravessa o objeto de pesquisa, façamos algumas reflexões sobre a inter-relação entre a loucura e a justiça.

Voltemos à história da loucura com Foucault, quando ele discorre sobre a inauguração de um campo de tensão entre um poderio médico, o juízo da medicina, e a justiça e as decisões acerca dela, no percurso das transições entre casas correcionais e as hospitalizações, em que se estabelecem atuações com focos diferentes, a primeira relacionada ao atendimento, a segunda de cunho repressivo, policial; tensão atual, ainda presente, que envolve os campos de responsabilização e cuidado.⁵³

Retornando ao fio desenrolado por Foucault, na segunda metade do século XVII há a afloração do medo da loucura, todavia percorre-se uma trilha em que a loucura pode vir a ser reconhecida como tratável e passa a ocupar legitimidade como um problema médico — além de político, pois havia uma diversidade de internos nas instituições por diferentes motivações,

como comunidade. Krenak mais à frente vai afirmar que nosso tempo é especialista em criar ausências, dentre elas, de sentido de viver em sociedade e do próprio sentido da vida.

⁵³ Como podemos verificar pela existência de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, cujo foco prioritário é a custódia e sua forma de organização, em que se evidencia a tensão entre os processos de responsabilização e cuidado, estando o equipamento sob gestão da Secretaria de Administração Penitenciária com pouco recursos para o atendimento em si, ainda numa discussão pautada na relação cura-periculosidade. Isso será trabalhado no capítulo seguinte.

inclusive implicadas a essa mescla de processos decisórios de ingresso envolvendo a justiça e a medicina sem seus limites e jurisprudências claras (FOUCAULT, 2005).

Parece que o que é apontado por Foucault está presente, ainda que mais ou menos explícito, no lugar enevado das institucionalizações irregulares e ao mesmo tempo legitimadas contidas na pesquisa, revelando o quanto ainda é emaranhado o campo fronteiro saúde-justiça quando se pensa a loucura. A tensão entre as internações involuntárias e compulsórias aparece como expoente desses dois poderios em disputa (o juízo médico e o juízo legal).

Dialogando com a perspectiva trazida por Fanon, Fanon e Lacaton (1955) destacam uma questão fundamental quando refletem sobre o campo da “medicina legal”: a importância de considerar como as ações são experienciadas por quem viveu o ato, justificativas, seus próprios conflitos: “os fatos conforme vistos pelo acusado” (p. 237), pois assim seria possível alguma construção de sentido para o ato e, portanto, para subsidiar as decisões que dali se seguiriam, o que Fanon nomeia como “desenlace”.

Essa perspectiva (ainda que hoje possa parecer óbvia e ainda assim desconsiderada no campo em discussão) inaugura um ponto de vista que poderia ser considerado tanto na fronteira das decisões no campo de interface Justiça-Saúde Mental quanto nas decisões extrajudiciais do cotidiano da Saúde, que preconiza a participação da pessoa em sofrimento e mesmo assim a negligência, inclusive nas decisões de internações ditas voluntárias.

E aqui há uma interface fundamental: a inter-relação entre o uso de drogas e o sistema de justiça brasileiro, articulado também à assistência em saúde mental, que faz borda com as práticas legais. Poderíamos discutir acerca do quanto as comunidades terapêuticas podem ser compreendidas como formas de segregar como ferramenta de um sistema punitivista, mas não avançaremos na complexidade desta questão.

Se Fanon constrói sobre a importância do sentido, como pensar o cuidado do sofrimento sem contextos que costurem sentidos, inclusive nos contextos que estarão fazendo fronteira com a justiça? Põe-nos a refletir sobre a importância da atuação que parte da descolonização do olhar para a busca de um sentido no cuidado do sofrimento.

Parece que essa costura fica alienada na discussão que abarca o enlace entre loucura e justiça, sobre o que nos debruçaremos no próximo capítulo.

4.4 Situando noções de saúde e exclusão

Não deveríamos estar discutindo práticas criativas, diferenciadas ao invés de sustentar a manutenção de uma forma de pensar saúde? Questões desta natureza estão presentes nos projetos e programas constituídos no processo de reforma psiquiátrica brasileira, todavia seria importante ponderar sobre o próprio termo reforma, uma vez que em si carrega a lógica de alguma manutenção de originalidade.

Pichon-Rivière (2009) apontava a enfermidade como um processo e por isso a importância da escuta de seu contexto e observação dos mecanismos de segregação⁵⁴, pois parte da compreensão de uma estrutura relacional a partir do vínculo, ou seja, do processo comunicacional, do qual depende o processo de aprendizagem e, portanto, pensemos, de saúde. A aprendizagem é entendida numa perspectiva dialética, como processo interacional, vincular, permeado por relações intrassubjetivas e intersubjetivas. O circuito depende, todavia, que esse processo interacional ocorra de forma aberta, com uma trajetória em espiral. Caso contrário, se como circuito fechado, passa-se a uma estereotipia, um retorno ao mesmo ponto.

Como um sistema em interação com seu meio, há que se pensar que as qualidades dessa interação irão interferir no que concerne à relação saúde-doença, o que está intimamente vinculado com a noção de aprendizagem e estereotipia, dialogando com a afirmação acima referenciada de Pichon-Rivière — a de que a enfermidade se dá como expressão falida de interação com seu meio:

O mundo interno define-se como um sistema, no qual interagem relações e objetos, numa mútua realimentação. Em síntese, a inter-relação intra-sistêmica é permanente, enquanto se mantém a interação com o meio. Formularemos os critérios de saúde e doença a partir das qualidades da interação externa e interna. (PICHON-RIVIÈRE, 2009, p. 6)

Dejours, em 1986, ao discutir sobre saúde e trabalho, faz algumas observações sobre o que viria a ser saúde e afirma que ela não é um estado de estabilidade, mas sim algo que muda o tempo todo. Saúde seria uma sucessão de compromissos com a realidade e que, portanto, está em mudança constante, realidade do ambiente material e também afetiva, relacional, familiar e ainda realidade social (ele discrimina essas três possibilidades) e conclui, considerando bem-estar físico, psíquico e social, considerando o desejo e a liberdade de ação individual e coletiva:

⁵⁴ Pichon-Rivière entende que sua investigação diz respeito a um único objeto: o homem-em-situação, portanto suscetível a uma abordagem pluridimensional, que deve compreender uma metodologia interdisciplinar, postulando assim a noção de epistemologia convergente.

Se tentarmos, então, agora, uma definição, buscando salvar o que sugere a antiga definição de saúde, diríamos que a saúde para cada homem, mulher ou criança é ter meios de traçar um caminho pessoal e original, em direção ao bem-estar físico, psíquico e social. A saúde, portanto, é possuir esses meios. (DEJOURS, 1986, p. 4)

Se considerarmos as contribuições de Pichon-Rivière no que se refere à saúde e a noção discutida por Dejours, podemos compreender saúde como movimento de busca e aprendizagem que não cessa, portanto, não teremos como considerar a noção de cura se não como uma utopia enganosa que nos levaria à estereotipia de uma forma repetida de existir, portanto adoecida.

Dessa forma, faz sentido dialogar com a ideia de que as disputas sociais devem seguir abertas, questionadoras, que se façam vivas na incessante tarefa de existir em saúde; a despeito das vitórias, a briga por reconhecimento e direitos não apresenta como objetivo a finalização de conflitos, mas a constante movimentação, tensão, e a perspectiva de que isso deve ser horizonte de luta. Há que se celebrar as vitórias, mas logo retomar as batalhas. Há que se manter vivo o levante, levantar-se como gesto.

De Foucault a Fanon, às voltas com as questões de segregação, uma noção importante se destaca pela tarefa da pesquisa: a de exclusão. Seguimos com a noção de exclusão como colocada sempre num jogo dialético, que terá comumente caráter ideológico; considerando que discursos e proposições práticas inclusivas muitas vezes terão como efeito o exato oposto: práticas excludentes (SCARCELLI, 2011).

Scarcelli (2011) discute sobre a questão social e as novas formas de subjetividade, localizando a noção da exclusão social como temática vinculada à “angústia perante a desagregação do liame social” (p. 48), nos lembrando que se trata da angústia de uma “massa excluída” que não interessa ao capital, sendo hospícios, asilos etc. dispositivos para alojar essa massa expropriada, como “porta-vozes da possível ‘desagregação social’”, tais como mecanismos segregadores (SCARCELLI, 2011).

Segundo Fernandes:

Cabe-nos hoje a tarefa de lutar pela identificação dos novos lugares da clausura. Cabe-nos a luta não somente contra as conhecidas formas de exclusão, mas identificar as novas roupagens pelas quais os mecanismos segregadores se apresentam. (FERNANDES, 1999, p. 97)

E ainda:

Devemos estar atentos para a pseudotransformação e para as formas de violência que ela carrega e que refletem um novo desencantamento do mundo na sociedade moderna. (FERNANDES, 1999, p. 97)

Scarcelli (2011) nos aponta a direção da importância de uma discussão que tenha como horizonte a cidadania, para além de uma aceitação da diferença, trabalhando com a

noção de uma mudança cultural que considere efetivamente a escuta de sujeitos na sua diversidade, existência. Para além de serem colocados em novas perspectivas de atendimento, que sejam ouvidos na sua singularidade.

Scarcelli (2011 e 2017) considera que o drible nas normas ou lacunas legais parece continuar a servir à norma da exclusão, como questão social, abarcando aspectos tanto econômicos quanto políticos como sociais, que sustenta os muros manicomialis no encerramento de misérias às margens do sistema produtivo.

A noção de exclusão social como um “paradigma que ampliaria os de desigualdade social e classe social” emerge de diferentes conceitos e autores, mas não escapa à lógica da retirada de pessoas do mundo produtivo e produz efeitos na construção de subjetividades. Assim, pautada pela perspectiva da Psicologia Social que considera uma trama vincular em que o sujeito se apresenta como sistema aberto e incompleto, descentrado, intersubjetivo, a subjetividade constrói-se socialmente e historicamente, contribuições de Enrique Pichon-Rivière (SCARCELLI, 2017).

Ainda sobre essa questão, Kazi (2004) chama a atenção para a necessidade do apagamento do dissidente que habita os campos de produção mas também da cultura do capitalismo por meio de um extermínio sistematizado das diferenças, pois este não pode prescindir de uma organização social que:

[...] exige la homogenización, moralización, encauzamiento, pedagogización, represión, coacción, llegando a la aniquilación de todo aquello y de todo aquel que difera, cuestione, se oponga o luche ante la realidade tal como está dada, de una vez y para siempre. (KAZI, 2004, p. 9)

Mais uma vez, o diálogo com Krenak nos interessa:

Os quase-humanos são milhares de pessoas que insistem em ficar fora dessa dança civilizada, da técnica, do controle do planeta. E por dançar uma coreografia estranha são tirados de cena, por epidemias, pobreza, fome, violência dirigida.” (KRENAK, 2019, p. 70)⁵⁵

Como contexto geral, é preciso assumir que se os manicômios, que foram construídos sobre a base da loucura, nunca foram utilizados com tal rigor no “acolhimento” de seu público, muitas vezes tendo a loucura como finalidade de percurso institucional. Então, temos a loucura e as misérias na perspectiva de exclusão social e, assim, da persistência de sua existência por outras vias, roupagens, configurações, para que a estrutura da máquina política econômica e social vigente não se modifique. Nesse sentido, abordaremos a interface entre

⁵⁵ Ainda que tenha sido publicado em 2019, este texto de Krenak foi elaborado em 2017 e ainda assim destaca a epidemia.

saúde e políticas públicas e, para tanto, transitaremos por outros setores, como o da Assistência Social (SCARCELLI, 2017).

Nesse sentido, parece relevante que pensemos as formas de manicômio que insistem em perseverar como, ainda, os lugares de excluir, como emblema das relações de violência e discriminação, tendo a questão antimanicomial e seus princípios para além dos hospícios, pois os dilemas não se findam com o desmonte dos hospitais psiquiátricos, mas convida ao trabalho com os vários aspectos simbólicos, representativos que ele carrega: uma cultura manicomial a ser desconstruída, e não reformada (SCARCELLI, 2011).

Capítulo 5. Entre pontes e pistas: As narrativas e o que nos dão a pensar

Em outras palavras, o que desde o início fascinou Benjamin nunca foi uma ideia, foi sempre um fenômeno.
(ARENDRT, 2008, p. 177)

Arendt (2008), ao se debruçar sobre Benjamin, destaca sua paixão pelas coisas pequenas e até minúsculas, o seu interesse pelas representações mais insignificantes da realidade. Escreveu que, para ele, “a dimensão de um objeto era inversamente proporcional à sua significação.” Para Benjamin, quanto menor fosse o objeto, “tanto mais provável pareceria poder conter tudo sob a mais concentrada forma.” Importava aquilo que aparecesse, sempre no centro de suas preocupações — “a maravilha da aparência.”

A Benjamin, interessava a metáfora como transporte e não como alegoria; por ela, a permissão de dar forma material ao invisível:

As metáforas são os meios pelos quais se realiza poeticamente a unicidade do mundo. O que é tão difícil de entender em Benjamin é que, sem ser poeta, ele pensava poeticamente e, por conseguinte, estava fadado a considerar a metáfora como o maior dom da linguagem. (ARENDRT, 2008, p. 179)

Arendt descreve o *flaneur* pela cidade — como colecionador que busca coisas estranhas consideradas sem valor, Benjamin, em sua perspectiva extravagante de colecionador, rompe com a tradição ao colecionar fragmentos, restos, destroços do passado a partir de seu dom raro: pensar poeticamente.

E esse pensar, alimentado pelo presente, trabalha com “os fragmentos do pensamento” que consegue extorquir do passado e reunir sobre si. Como um pescador de pérolas que desce ao fundo do mar, não para escavá-lo e trazê-lo à luz, mas para extrair o rico e o estranho, as pérolas e o coral das profundezas, e trazê-los à superfície, esse pensar sonda as profundezas do passado – mas não para ressuscitá-lo tal como era e contribuir para a renovação de eras extintas. (ARENDRT, 2008, p. 222)

Resgatamos com isso o caminho feito pelas narrativas, antes de adentrar suas águas. Gagnebin (2014), ao retomar a obra de Benjamin, trabalha sobre a importância da narração e transmissão no resgate das formas de memória e escritura, na medida em que a dificuldade de contar uma história se deu porque “o desenvolvimento capitalista destruiu de forma definitiva as formas de comunitárias de transmissão e tradição” (GAGNEBIN, 2014, p. 9). O que parece dialogar com o alerta de vida que faz Aílton Krenak, exatamente na crítica à morte produzida pelo capitalismo, inclusive do apagamento de memória.

Gagnebin adverte as formas de interpretações românticas, que o consideram com certa nostalgia, ressaltando a característica marcante das transformações políticas expressadas nas transformações narrativas:

Benjamin procura assim imaginar uma modernidade que não se reduza à mera aceleração do tempo e à produção cada vez maior de mercadorias, mas que seja igualmente a invenção de novas formas de vida em comum e que consiga transformar a técnica em instrumento de liberdade e de felicidade. (GAGNEBIN, 2016, p. 10)

Nesse sentido, as narrativas se apresentaram como tarefa disparadora de conversas e movimentos contínuos de discussões que nos levam a percorrer um projeto por um mundo mais diverso e livre, onde a vida possa ser inventada, como pôde aparecer, a partir das convergências e dissonâncias, na luta por formas de vida tracejadas por um comum antimanicomial, adensando a ideia de que o antimanicomial não pode restringir-se a um “sem manicômios”, como sempre elabora Scarcelli.

Deste modo, podemos pensar a luta antimanicomial e sua conjuntura complexa⁵⁶ como tarefa, no sentido pichoniano, sendo a tarefa uma *elaboração* — construção ou operação de reajuste de um Esquema Conceitual, Referencial e Operativo, o ECRO —, tarefa que não se dá sem a *desocultação*, quando as condições que obstaculizam o processo de aprendizagem se revelam entre as dimensões do que está implícito e explícito; e também o *movimento*, por ser processo de esclarecimento, pela análise de alternâncias que se dão seguindo uma espiral dialética. (SCARCELLI, 2017, p. 200)

Scarcelli aponta, portanto, para a elaboração, a desocultação e o movimento que abarcam a noção de tarefa, considerando que o trabalho no campo social exige o desenvolvimento de estratégias para que seja possível a construção de compreensões, interpretações em que haja a delimitação e a identificação das convergências e diferenças, destacando que as formas de estabelecimento deveriam ser de caráter provisório e, portanto, “passíveis de ratificação e retificação” (SCARCELLI, 2017, p. 201).

Assim, a partir da obra pichoniana, a autora afirma:

A partir dessa perspectiva que orienta as reflexões neste trabalho, a realidade social e psíquica é compreendida como uma totalidade em constante movimento de mudança, na qual tudo tem a ver com tudo; suas características são de interdependência, impermanência e transformação. *Viver não é apenas fazer parte dessa realidade, mas ser essa realidade interdependente, impermanente e transformadora.* Como seres históricos, a continuidade se mantém pela memória, pela consciência dos fatos, pela transmissão entre gerações. (SCARCELLI, 2017, p. 201, grifo nosso)

⁵⁶ A luta antimanicomial, como todo movimento social, são vários movimentos que se articulam para uma tarefa comum: acabar com os manicômios (que para uns é hospital psiquiátrico, para outros — como nós — é um emblema das desigualdades. Os caminhos são diversos e, muitas vezes, antagônicos. Tudo isso está no(s) movimento(s).

E, ainda que aqui a autora não esteja discutindo sobre o movimento de Luta Antimanicomial em si, nesse trabalho especificamente, sua experiência se dá na travessia da luta antimanicomial. E, ainda que nem Benjamin, nem Arendt, nem Gagnebin estiveram às voltas com a Reforma Psiquiátrica, afinal — claro que não.

O diálogo se faz presente pelas pontes de interpretação provisórias, possíveis para pensar esse caminho de pesquisa, que ousou lidar com a realidade discursiva de êxitos no processo de fechamento de manicômios, trazendo os restos (benjaminianos) pela transmissão possibilitada pelas narrativas, problematizando, inclusive sobre a apropriação de um discurso antimanicomial na produção de história de feitos antimanicomiais, em que, inclusive, há muita reserva para falar das dificuldades encontradas na tarefa de desmontar os hospícios, quando é exatamente falar delas que nos permite seguir.

Poderíamos também pensar, poeticamente, ao considerar Benjamin, novamente, e lembrar de Guimarães Rosa: “Viver é um rasgar-se e remendar-se.” Assim, das narrativas e afetos que rasgam, é preciso remendo em pensamento, no interjogo entre sentir e cuidar de pensar/agir e sem cessar. No plural: afetos, pensamentos e ações. É a partir delas que pretendemos olhar para o que acontece nos muros ainda de pé e convidar a movimentos transformadores que possam pensar a persistência das fortalezas que encarceram, ainda que elas pareçam apenas inocentes residências, sítios simpáticos, instituições bacanas com gente bem-intencionada.

Gagnebin (2014) cita Benjamin quanto à construção histórica, que “é dedicada à memória dos sem nome”⁵⁷, e reafirma que seu trabalho é uma forma de homenagem “às corajosas tentativas políticas de reafirmar a necessidade de lembrar os mortos para viver melhor o presente” (GAGNEBIN, 2014, p. 11). Nesse sentido, também se faz presente a ação de lembrar aqueles que em cada encontro se fizeram nomeados, mas que para a história não o estão, já que escondidos atrás dos novos muros pintados de cores outras. Também lutamos aqui para o não esquecimento dessas vidas; ao fazer isso, sonhar com transformações.

Gagnebin (2014) também nos convida a pensar a “política de esquecimento” no Brasil como uma política de memória do governo brasileiro.⁵⁸ E fala das especificidades que marcam o processo do Brasil pautadas numa perspectiva positivada, ainda que as estruturas de poder não tenham sido quase modificadas. No país de um povo resignado e submisso, dominado por uma elite corrupta e “de expediente sempre no limite da legalidade” (p. 252),

⁵⁷ (BENJAMIN, 1974 apud GAGNEBIN, 2014).

⁵⁸ Gagnebin, nascida na Suíça, reconhece as peculiaridades brasileiras, destaca a colonização, a escravidão e a ditadura.

sustenta a convicção de que “não é necessário lembrar-se, porque de fato nada muda realmente, e também porque se deve sempre ‘olhar pra frente’” (p. 252). Assim, no Brasil, quando discute os efeitos da ditadura e como lidamos com seus restos, as vítimas não puderam tomar palavra.

O que a autora nomeia como “sutilezas linguísticas” que vêm para amenizar ou ficcionar histórias (no contexto da ditadura no Brasil, ao defender o projeto contra a memória do país num contexto político de “reconciliação nacional”) revela ser um infame jogo de palavras — que nos anos seguintes à data dessa obra só vieram a ganhar espaços cada vez maiores e mais absurdos. Ela aponta os casos de tortura e assassinatos ainda em maior número pós-ditadura, dirigidos a homens jovens, pobres, negros, sem emprego ou com empregos informais; como um regime que se perpetua e contamina o presente pela lógica do esquecimento. (GAGNEBIN, 2014)

Novamente destaco que estamos cientes da realidade sobre a qual a autora se debruça e nossa intenção não se aproxima de um deslocamento de contexto sem sentido. Todavia, a reflexão de Gagnebin nos convida a sustentar a pergunta sobre que reconciliação ainda insistimos em buscar quando ignoramos os insucessos fora do campo de visão do processo reformista, que revelavam o grande golpe na própria precarização sem pudores que veríamos legitimamente acontecer nos últimos anos.

Trabalhado o resgate de caminho e a conjuntura teórica que o sustenta, procuramos adiante levantar questões de discussão provisórias, e, assim afirmadas, à medida que as narrativas possam trazer suscitações diversas quanto ao que apresentam e como se apresentam a quem entra em contato com elas. Consideramos o fenômeno das diversas naturezas de institucionalizações não para revelar verdades, mas para problematizar verdades, de forma que uma verdade uma não turve o olhar. Procuramos seguir com as questões, refletindo sobre elas, mas sem pretender satisfazê-las.

No desenvolvimento dessas reflexões, pretendemos trazer compreensões sem procurar ou apontar culpados, porque não é disso que se trata. Ao discutir sobre as realidades que se apresentaram, não há intencionalidade de responsabilizar nem famílias que buscam os caminhos de institucionalização, nem os trabalhadores que estão envolvidos — ou no cotidiano, ou na administração —, nem os operadores do direito que atravessam as decisões sobre tais. Elas pretendem compor um cenário de reflexões que possam mobilizar diálogos.

Obviamente há debates fundamentais na direção de responsabilização que marca nossa forma de intervir (inclusive legalmente) e lidar e elaborar as questões desse fenômeno-institucionalizações. Todavia, aqui não trataremos nem de condutas equivocadas, nem de

excessos, nem de omissões que possam ser circunscritas no âmbito individual, institucional ou funcional. Pretendemos, como trabalha Scarcelli: elaboração, desocultação, movimento.

Essencial destacar o papel de agente de fiscalização da execução de políticas públicas na perspectiva de garantia de direitos que cabe ao Ministério Público. No processo de construção do campo de democracia e cidadania no Brasil, o órgão se apresenta como protagonista, o que sem dúvida produz potência, mas também ambiguidade nas resistências que venham a ser tensionadas no campo dos direitos e das políticas planejadas e executadas. Assim, o temos a serviço de fiscalização e encaminhamentos para a qualificação da execução das políticas, mas, ao mesmo tempo, encontramos sua legitimação nas intenações irregulares, fomentando-as, ratificando-as ou negligenciando-as.

É nessa perspectiva que segue cada ponto-ponte (discussão) adiante, que pretende abarcar conteúdos revelados pelas narrativas. Primeiro, pela coerência de um pensamento que deva permanecer aberto e contínuo, a provocar movimento e questão, não determinante de um modo de fazer; propositivamente, porque antimanicomial. Segundo, porque as bordas convidam ao escape, ao que fica de fora, como o objetivo desse trabalho denuncia a nós; por que teríamos a pretensão, então, de que algo não escapasse?

5.1 Estabelecendo comuns – o manicomial como presença em outras arestas

Há algo que atravessa as narrativas como um fio que costura um comum, e ao falarmos de comum estabelecemos direta relação com uma base tão cara às políticas públicas de um fazer no campo da loucura: a comunidade.

Morato (2008) trata da ação de “comunizar”, derivada de “comunização”, de tornar comum, ser junto:

Nessa direção, *comunidade* refere-se à experiência de compartilhar pertencimento no espaço *público* ou de *comunalidade*, ou seja, de ser compartilhado por toda a humanidade: atividade marcada por participar e pertencer ao coletivo, naturalmente e sem coerção nem perda de singularidade. (MORATO, 2008, p. 2)

E, a partir do resgate da origem a partir do grego antigo, Morato abrange os sentidos de habitar com: “Desse modo, diz respeito à vizinhança, como espaço fundamental e significativa para o modo de vida e curso de um corpo de pessoas que habitam em convivência.” (MORATO, 2008, p. 2)

Nesse sentido, um primeiro comum: falamos daqueles que, ainda que em diferentes contextos, tiveram a convivência comunitária negada, no geral, por justificativa de um sofrimento psíquico e por ausência de alternativas mais “satisfatórias”.

Por esse motivo, a persistência em manter a diversidade de naturezas institucionais para falar sobre esse comum entre elas: a institucionalização como alternativa à internação psiquiátrica antes destinada aos manicômios e que encontram nas frestas dessa rede substitutiva suas formas de existência sem muitos obstáculos, afinal. O que vemos é o deslocamento de uma lógica manicomial pelas brechas, que revelam, portanto, o comum: a manutenção de forças manicomiais que encontram no discurso do cuidado social seu escudo, ou até sua morada.

As internações serem realizadas em tão diversos lugares parece ter relação com a disponibilidade efetiva em cada território, uma questão de oferta, que pode vir a ser a comunidade terapêutica, uma ILPI, uma instituição especializada para pessoas com deficiência ou mesmo uma clínica particular quando há recurso para tal. O que isso nos conta?

É interessante como, no relatório de inspeção de comunidades terapêuticas⁵⁹, reconhece-se o que nomeiam como “novos usos” das CTs, identificando a presença de diversos transtornos mentais, diversos idosos em situação de permanência não vinculada ao uso de drogas, ou mesmo por deficiência intelectual. E isso muito interessa ao que viemos discutir, pois não se trata de um fenômeno localizado apenas no universo das comunidades terapêuticas — como bem destacado no documento —, mas em quaisquer serviços que dispõe cada território. Esses diferentes perfis são encontrados em diversas naturezas de serviço, a depender do que está disponível para receber pessoas que uma rede julgue necessitar de alguma assistência, ainda, asilar.

Quanto ao processo nesta pesquisa partilhado, interessa-nos pensá-lo como construção ininterrupta de um fazer manicomial que sobreviveu às sombras dos avanços tantos que pudemos viver com a implementação de uma rede de atenção psicossocial com base na Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001⁶⁰ e que possibilitou a incansável substituição de manicômios por serviços diversos que viriam para garantir o cuidado em convivência comunitária — como assim o fez em inúmeros territórios.

⁵⁹ Em 2017, a partir de uma iniciativa do Conselho Federal de Psicologia (CFP), do Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT) e da Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão do Ministério Público Federal (PFDC/MPF), foi feita uma Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas em cinco regiões do Brasil. Trata-se de uma ação conjunta de vistorias simultâneas envolvendo diversos órgãos representativos e profissionais da saúde e do sistema de justiça em 28 estabelecimentos, que procurou configurar um retrato do modo de atuação dessas instituições, sem desconsiderar especificidades de cada local. Como objetivo, o documento pretendeu “ilustrar o cotidiano vivenciado nesses espaços de privação de liberdade, suas características e a complexidade de violações de direitos identificadas.” (CFP, 2018, p. 12)

⁶⁰ Lei que “Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” — marco legal de extrema relevância na Luta Antimanicomial.

Acontece que é preciso pensar no aparelhamento, ou, no caso, na ausência em certo sentido das condições de fato para que isso pudesse acontecer nos diferentes pontos do Brasil⁶¹. O que nos interessa é pensar que, em muitos dos municípios trabalhados na pesquisa, as redes substitutivas não contavam com o mínimo de estrutura pactuada para o atendimento, muitas vezes em serviços, muitas outras em equipes mínimas e, é bom lembrar, em formação continuada e adequada ao campo.

Poderíamos sem dúvida tentar compreender sob o prisma de um tempo histórico para as mudanças, contudo, isso não se encaixa, pois estamos falando de situações em que a verba estava aprovada e não foi utilizada para o encaminhamento da estruturação de rede.

Certa vez entrei em contato com uma solicitação cujo foco era de avaliação do andamento da pactuação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) da região da Rota Dos Bandeirantes, sobre a qual deveríamos dar um parecer. Havia pactuação para implementação de serviços regionalizados, a disposição de serviços municipalizados que deveriam ser implementados e em que prazos (de CAPS específicos a SRT). A distinção entre o planejado e a realidade era impactante, tanto no número de serviços quanto nos prazos, muitos já ultrapassados. No entanto, as justificativas para o desencontro entre plano e execução se apresentaram sem muito comprometimento. Chegamos a ouvir — em uma reunião da qual participei acompanhando uma promotora de justiça —, de um representante municipal, que haviam decidido não ter CAPS “porque não precisava”. A equipe da Atenção Básica foi elogiada e seguiu assim: “lá no município, meu pessoal da UBS dá conta de tudo que precisa”, e acrescentou: “as residências terapêuticas também a gente não precisa e não tem gente nossa no censo.”

Ainda que tenha sido um posicionamento incomum, na medida da ausência de uma postura envernizada que costuma dar o tom de reuniões entre o poder executivo e o Ministério Público, é importante considerar a presença da tranquilidade de enunciar, tendo inclusive o município pactuado o que estava sendo discutido, e quando eu digo pactuado, ele foi signatário do tal documento.

Nessa mesma reunião, aconteceu uma outra coisa minimamente curiosa: ao discutirmos os Serviços de Residência Terapêutica⁶² (que era a pauta determinada para essa reunião), uma pessoa que representava a saúde do estado de São Paulo ignorou os dados que

⁶¹ Lembrando que nessa pesquisa estamos lidando com um território de abrangência específica, cidades de um agrupamento do entorno de São Paulo, com suas próprias diversidades de características geográficas, políticas, orçamentárias, demográficas etc. Umas com maiores recursos, outras com menos, sem entrar nessas especificidades.

⁶² Criadas no âmbito do SUS a partir da Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000 e com disposição de providências outras na Portaria nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011.

trouxemos sobre as casas irregulares, clandestinas e sobre o quanto o dado contido no Censo Psicossocial⁶³, utilizado como base das decisões para a implementação das residências, não dava conta de fato de um número real. Procuramos sensibilizar para a questão de que, ao serem fechadas essas instituições clandestinas, era preciso vagas nas SRTs⁶⁴ — caso fosse considerado o perfil previsto de enquadramento legal: internação “de dois anos ou mais ininterruptos”, como era comum acontecer naquela região que tinha uma dinâmica estabelecida com a história de Franco da Rocha, afinal.

O que aconteceu nessa reunião foi uma defesa impassível, com frases tais como: “Sinto muito, o que eu tenho é o censo e é ele que vai pautar as decisões.”, ou então: “e como é que a gente vai dar conta de um número que ninguém nem sabe prever?”, ou “Acho que a reunião tem um propósito e isso definitivamente foge da pauta.” Esse último posicionamento, inclusive, retorna com força no momento em que discutíamos que estava para acontecer a saída de egressos do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico pela concessão de indulto a pacientes que estivessem há mais tempo internados que era o tamanho de sua pena pelo crime cometido caso tivessem sido julgados no sistema criminal.⁶⁵ Tais não estariam no censo e seria uma demanda importante que estaria batendo à porta em breve.

Obviamente eram questões de natureza complexa, que não seriam de forma alguma respondidas ali naquele contexto, pois dependeriam de ações em ramificações tanto do legislativo, quanto do executivo em diferentes níveis burocráticos, legais e administrativos. Todavia, foi espantoso perceber a recusa do diálogo, o encerramento da questão sem a mínima consideração de como encaminhar ações que pudessem se desdobrar em soluções; inclusive porque, de uma forma ou de outra, era nos municípios, com o compromisso do estado em parceria, que muitos desses conflitos cotidianos eram resolvidos e sempre dessa forma atrapalhada, desplanejada.

⁶³ Censo Psicossocial 2014 – Caminhos para a Desinstitucionalização no Estado de São Paulo. Disponível em: <https://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/grupo-tecnico-de-acoes-estrategicas-gtae/saude-mental/censo-psicossocial/censo_psicossocial_2014.pdf>. Acesso em: 6 dez. 2022.

⁶⁴ Portaria nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011:

“Art. 2º A Os SRT deverão acolher pessoas com internação de longa permanência, egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia.

Parágrafo único. Para fins desta Portaria, será considerada internação de longa permanência a internação de dois anos ou mais ininterruptos.” Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3090_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 6 dez. 2022.

⁶⁵ Decreto nº 8.172, de 24 de dezembro de 2013, que concede indulto natalino e comutação de penas, e dá outras providências; por meio do qual o indulto foi concedido, entre outros, a pessoas:

“XII - submetidas a medida de segurança, que, até 25 de dezembro de 2013, independentemente da cessação de periculosidade, tenham suportado privação da liberdade, internação ou tratamento ambulatorial por período igual ou superior ao máximo da pena cominada à infração penal correspondente à conduta praticada ou, nos casos de substituição prevista no art. 183 da Lei de Execução Penal, por período igual ao remanescente da condenação cominada;” (BRASIL, 2013)

Aqui, essa cena é evocada para nos ajudar sobre esse comum: se burocraticamente uma solução se dá, o rito é realizar a solução tal como se impõe, sem o questionamento que no encontro cotidiano vai aparecer demandando um diálogo que acaba por ser apagado na oficialidade também. De alguma forma, mantém-se o lugar de silenciamento dos que fogem à norma. Nessa reunião, mais um exemplo, a pessoa que trazia esse conteúdo emergente dizia: “pra entrar na SRT precisa ter tal perfil, duvido que essas pessoas tenham”, sem sequer escutar sobre que perfil falávamos. E aqui não estou falando de alguém que não estava alinhada ao discurso antimanicomial, pelo contrário.

Pouco importa quem ocupa o lugar de reprodução manicomial na cena, e isso vem a ser um comum também: diante do silenciamento, não há possibilidade de pensar reinvenção de vida, e, notoriamente, de transformação contínua da direção de um construir coletivo, comunitário em que a diversidade seja bem-vinda e afirmada. O discurso que se burocratiza vê a todos como qualquer um e do cuidado quanto a esse perigo não podemos prescindir.

Assim, adentramos um comum importante: toda institucionalização foi colocada na perspectiva de cuidado. Nas situações mais precárias, como melhor opção pela ausência de alternativas de melhor qualidade, na situação de maior poder de compra, como atendimento de qualidade. De qualquer maneira, é colocada como ação bem-intencionada, sempre sob a circunscrição do cuidado — e como tratamos anteriormente, pode realmente configurar cuidado, essa é uma discussão complexa.

Há um ponto imprescindível à discussão, já que a demanda de intervenção- internação nunca foi deixada de fora da estruturação da Política de um atendimento em Saúde Mental. Pelo contrário, foram previstas intervenções para situações de crise, tendo no processo de Reforma Psiquiátrica a consideração da desconstrução das instituições asilares, mas não sem a previsão de serviços estratégicos com oferta de cobertura 24 horas e hospitalidade noturna por meio de leitos de atenção integral em saúde mental, oferecidos em CAPS-III e em Hospitais Gerais, Emergências Hospitalares e serviços hospitalares de referência para álcool e outras drogas — para situações de crise aguda, disputando a perspectiva de internações asilares, portanto. No entanto, como foram sendo de fato implementadas e financiadas essas possibilidades substitutivas? Ainda se faz desafio a implementação desses leitos na disputa com um financiamento de serviços de lógica manicomial, o que apenas se intensificou no governo que assumiu em 2018.

Outro ponto: entre o cuidado e a tutela, há um fio fino que parece constituir-se na base da confusão como identidade, pois na confusão faz sua trajetória, sua sobrevivência. Seria essa uma pista da manutenção das forças manicomiais em jogo?

Interessa pensar que, independente da natureza do serviço, da instituição, ou mesmo do perfil da pessoa internada, as regras para o “bom funcionamento institucional” sempre se sobrepõem à possibilidade de ação e projeto em direção à autonomia, e, portanto, para uma reinserção social. Muitas vezes, o discurso se apoia sobre argumentos como falta de verbas para recursos humanos, todavia, nos serviços em que há quadros inchados e maiores condições financeiras, a premissa de funcionamento e atendimento continua a se apresentar pautada na “ordem e progresso”. A vida em singularidade com sonhos, apostas, ganhos e perdas no jogo da saúde constantemente à margem do projeto e da assistência.

A partir de uma demanda contínua por internações nomeadas para “casos graves”, percebe-se a loucura como potência lucrativa, mesmo que caracterizada como pequena renda num pequeno negócio. A loucura como fonte de renda em locais maiores ou menores, com mais ou menos estrutura. E a confusão entre o repasse de verbas públicas para a manutenção de estruturas que operam de maneira irregular, bem como o pagamento privado, produzindo um negócio de internações que se escamoteia na impossibilidade de uma fiscalização mais abrangente.

5.2 Das clínicas irregulares: o descaso legitimado

As clínicas irregulares visitadas não foram poucas ao longo desses anos de trabalho referidos na pesquisa — estão referenciadas nas Narrativas 1 e 3 — e se apresentam com importância fundamental para a ampla discussão no eixo articulador dela, pois, como aquilo que está dentro da irregularidade, mas persistente, revela a vitalidade daquilo que está à margem, mas segue em marcha.

Nelas, como os “restos” de Benjamin, encontramos os restos dos fechados manicômios. Agora, irregulares moradas (já de anos) daqueles que, egressos à deriva de estruturas hospitalares psiquiátricas, não encontraram moradas de cuidado e autonomia como possibilidade dentro da estrutura pensada com base nos direitos de liberdade, de comunidade, de autonomia, de geração de renda, de escolhas de direção.

A Narrativa 1 deixa à mesa: um território que reconhecia o lugar como hospício, logo ali, apontada a direção, não precisava de verniz, era o hospício do território. Era uma casa, verdade, não havia longos corredores, nem o imaginário de terror arquitetônico que nos acompanha na emissão do significante; todavia, as coisas mesmas outras: o cerceamento, a ausência de singularidades, a persistência de uma rotina automatizada e sem construção de

sentido, o objetivo de docilização — até a expressa satisfação por seu alcance. A obediência como troféu na contraposição da agressividade temida.

Ali, a ausência de qualquer menção de um sonhado projeto terapêutico singular (como ferramenta manifesta ou como ideia de trabalho ainda que sem ligação direta com a previsão da política pública estruturada). Ali, a presente desumanização na rotina nada vitalizada. Os egressos de um sistema desmontado que viraram clientes de um serviço precário, em alguma medida antes depositados, aqui explorados.

E mesmo havendo remuneração na contratação, a precariedade exposta também na busca pela venda de panos de prato, como não uma rede de lucro, mas de subsistência daqueles que enxergam uma possibilidade de viver dos restos do processo da Reforma Psiquiátrica.

A sensação de inquietude no encontro com lugares dessa natureza foi disparadora do desejo de pesquisa, pelas perguntas tão incômodas que advieram dela. A existência dos locais com a inexistência de parâmetros, a continuidade de um destino de institucionalização em muros diversos, justificados por discursos pautados pelos argumentos de necessidade e cuidado. As internações ali presentificadas a partir da contratação de familiares ou por encaminhamentos do sistema de justiça ou pelo expediente da rede pública.

O descaso com as histórias individuais em serviços escarncidos que, ainda que funcionem com alguma documentação, não preservam qualquer dignidade com o passado das pessoas a quem abrigam, não guardam memória, satisfazem-se com alguns poucos registros. Assim, mantêm a lógica com a ausência de qualquer futuro.

A Narrativa 3, além de corroborar o apresentado até aqui, nos provoca a avançar nas profundezas possíveis daquilo que está à margem de nossos avanços — sim, tão preciosos. À sua maneira, permite que pensemos no modo perverso da irregularidade fronteira, que caracteriza um modo peculiar de criminalidade.

Se aqui há um zelo ao não afirmar que é crime, faz-se porque não há intencionalidade de julgamento, primeiramente, e porque o próprio desenvolvimento do que acontece legalmente neste caso (e num universo que transcende a pesquisa, obviamente) revela a dificuldade de responsabilizar criminalmente no campo de violação de direitos humanos. Neste caso, ainda que estivessem evidentes as violações de direitos humanos, a responsável pelo serviço foi responsabilizada na esfera criminal pela ausência de receitas para os medicamentos que possuía e ministrava.

Por isso, a escolha de nomear como serviços de funcionamento irregular, na medida em que, para fins da pesquisa, nos interessa pensar o lugar que ocupam os dispositivos que

fogem às normas, mas se sustentam pela legitimação de atores diferentes nas esferas públicas e privadas.

Os casos tanto da Narrativa 1 quanto da 3 foram serviços acessados pelo Ministério Público na esfera cível, pela área do idoso, como se fossem caracterizados como Instituições de Longa Permanência para Idosos⁶⁶ — a ILPI é um serviço socioassistencial de alta complexidade tipificado na Proteção Social Especial como um serviço de⁶⁷:

Acolhimento para idosos com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, independentes e/ou com diversos graus de dependência. A natureza do acolhimento deverá ser provisória e, excepcionalmente, de longa permanência quando esgotadas todas as possibilidades de autossustento e convívio com os familiares. É previsto para idosos que não dispõem de condições para permanecer com a família, com vivência de situações de violência e negligência, em situação de rua e de abandono, com vínculos familiares fragilizados ou rompidos.

Idosos com vínculo de parentesco ou afinidade – casais, irmãos, amigos, etc., devem ser atendidos na mesma unidade. Preferencialmente, deve ser ofertado aos casais de idosos o compartilhamento do mesmo quarto. Idosos com deficiência devem ser incluídos nesse serviço, de modo a prevenir práticas segregacionistas e o isolamento desse segmento. (SECRETARIA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL, 2014, p. 45)

Parece-nos que estamos diante de uma descrição ampla, e que, portanto, permite uma possibilidade abrangente de interpretações sobre a funcionalidade do serviço, o que acaba por servir a uma torção de propósito, a um deslocamento de compreensão e utilização; afinal, permite que questionemos acerca do que seria situação de impossibilidade de autossustento ou de convívio com familiares, o que caracterizaria violência ou negligência, vínculos fragilizados; não é difícil produzir argumento para o encaixe no perfil de funcionamento (como testemunhei nos anos de Ministério Público) e é preciso reconhecer o desafio de elaboração dos critérios para promoção de proteção social na garantia de direitos.

Assim, percebemos como se apresenta obstaculizada a luta contra a permissão de manicomialização de nossos idosos (o que discorreremos no próximo título com mais afinco), mas não só, pois nos casos dessas Narrativas (1 e 3) a revelação de uma legitimação de manicômio sobre o argumento de implantação de um serviço de proteção social para idosos, quando na verdade houve a aglomeração de pessoas (de maioria idosa, mas não só) na configuração de hospícios-residenciais, como um uso perverso em que asilamentos em estruturas hospitalares (dentro das bordas da Saúde) agora deslocaram-se para o território das

⁶⁶ O que são Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI):

“As ILPIs são instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinadas ao domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar e em condições de liberdade, dignidade e cidadania.” Disponível em: <<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/instituicoes-de-longa-permanencia-para-idosos>>. Acesso em: 12 out. 2022.

⁶⁷ Disponível em: <https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/tipificacao.pdf>. Acesso em: 6 dez. 2022.

políticas de Assistência Social — como veremos também no caso das pessoas com deficiência adiante.

Fica, também, o escancaramento de uma possibilidade de geração de renda com a estruturação de serviços socioassistenciais para o acolhimento de idosos, já que podem ser de natureza não governamental e que muitas instituições se estabelecem como serviços do setor privado também — às quais, para o acompanhamento do Ministério Público, também seguem as diretrizes das políticas pensadas, pois são elaboradas a partir dos direitos adquiridos. Abre-se a brecha de rentabilizar a loucura e/ou a velhice sob o escudo da Proteção Social.

A exceção do absurdo colocada na experiência da Narrativa 3 é colocada para nós como a regra do descaso nas entranhas dos territórios visitados e traz diversos elementos para refletirmos sobre o contexto amplamente desafiador de nossa luta antimanicomial.

Yolanda e sua vida incessante-itinerante, instituição-instituição, marcada pelo silenciamento de quem talvez não esperance dizer mais nada. A quase ininterrupta fala de Veridiana a relatar sobre a tentativa de seu silenciamento por um marido e por um advogado que a abandonaram no lugar do descuido e da violência, onde, quando pôde, pôs-se a denunciar a agressão contra todas e todos ali. A experiência de humilhação e violência no corpo de Catarina — ela ainda tocada pela força de ser a acender a chama de um cigarro que existia apenas dentro dela. Carlos e a ferida aberta — a não metafórica. O poder desesperado de Sirlei. A miséria representada em Sirlei pela própria exploração praticada e pela pouca recompensa que era visível aos olhos.

5.3 As instituições para idosos, longas moradas de velhos e jovens

Neste momento, aprofundemos um pouco mais sobre as instituições destinadas para o acolhimento de idosos, considerando que a longa permanência é uma condição colocada na origem de sua formulação como política pública na Assistência Social. E, se pautada numa ação de permanecer, concordamos em pensar que parece uma pista de um lugar que convida à institucionalização longa, abrindo precedentes de interpretações e até mesmo para um funcionamento legitimado na torção de significado sobre a função originalmente elaborada.

Em 2008, a partir de uma ação conjunta da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) e do Conselho Federal de Psicologia (CFP), foram realizadas 24 inspeções no ano de 2007 na perspectiva de verificar efetividade quanto às exigências do Estatuto do Idoso nas instituições

de abrigamento. Foi publicado, então, o Relatório de Inspeção a Instituições de Longa Permanência para Idosos.

No documento, concluem que o Estado brasileiro não dispõe das informações básicas de abrigados ou internados, revelando que os dados são dispersos, desatualizados e inconfiáveis, resultado de uma ausência de infraestrutura mínima para a tarefa de abrigamento da população idosa. Decorrente disso, a compreensão de que as realidades encontradas não apresentem quadro de profissionais suficientes, a inadequação de instalações, o que coloca em risco a saúde e a vida dos idosos. Destacam sobre as irregularidades, entre as quais “situações que transitam perigosamente entre a negligência e as práticas criminosas” (p. 16) — como vimos nas narrativas das clínicas irregulares, teoricamente destinadas ao acolhimento de idosos.

Constatamos que o abandono independe de classe social, assim como o sofrimento e a falta de perspectivas para os idosos. Mergulhados em um modelo ainda predominantemente asilar, nossos idosos experimentam condições especiais de uma vida que, em muitos casos, já não merece este nome. (OAB; CFP, 2008, p. 15)

Fato é que a discussão da formulação dessa política exigiria, como nas demais configurações institucionais sobre as quais trabalhamos, um resgate histórico da trajetória da luta dos direitos dos idosos e de como as políticas públicas para esse público vão se fundamentando no campo brasileiro. Assumimos a lacuna de contextualização pormenorizada, reconhecendo que sua origem é de longa data com início no Brasil da organização da Sociedade São Vicente de Paulo, quando foram pensadas as bases residenciais para atendimento de idosos, num processo histórico de articulação entre o filantrópico e o estatal, de forma simbiótica; tendo a alteração do modelo assistencial a partir das mudanças de contexto de mercantilização que acompanhou o capitalismo (FALEIROS, 2009).

Seguimos a discussão com o efeito percebido no campo dessa pesquisa: a ILPI, não como serviço materializado num formato específico, mas como um argumento de configuração de diversos parâmetros de funcionamento de um serviço, como um guarda-chuva de possibilidades com arestas básicas pautado na concepção geral: o abrigamento de longa permanência para idosos. Aqui, um ponto importante: da nomeação, pois ainda que a base de formulação se pautar sobre o signo da ILPI, os nomes em si dos serviços no geral se encontram como “clínicas” (pelo apelo da saúde, ainda que não se configurem como estruturas hospitalares — não as tratadas aqui) ou pela reconhecida alcunha “casas de repouso”.⁶⁸

⁶⁸ Em Faleiros e Morana:

Na época em que essas visitas foram realizadas, a equipe de assessoria técnica do Ministério Público contava com ferramentas mínimas de avaliação referentes à implementação da política pública e o funcionamento dos serviços (situação semelhante, por exemplo, às comunidades terapêuticas, discutidas à frente). Tais eram basicamente: a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, com uma descrição geral contendo algumas diretrizes, e uma Resolução da Anvisa, a RDC N° 283, de 26 de setembro de 2005 (que, todavia, foi revogada pela RDC n° 502, de 27 de maio de 2021).

Para além do que foi exposto na discussão anterior sobre os serviços irregulares (que chamamos de clínicas irregulares), a Tipificação ainda esclarece sobre as modalidades de atendimento da seguinte maneira:

O serviço de acolhimento institucional para idosos pode ser desenvolvido nas seguintes modalidades:

1. Atendimento em unidade residencial onde grupos de até 10 idosos são acolhidos. Deve contar com pessoal habilitado, treinado e supervisionado por equipe técnica capacitada para auxiliar nas atividades da vida diária;
2. Atendimento em unidade institucional com característica domiciliar que acolhe idosos com diferentes necessidades e graus de dependência. Deve assegurar a convivência com familiares, amigos e pessoas de referência de forma contínua, bem como o acesso às atividades culturais, educativas, lúdicas e de lazer na comunidade. A capacidade de atendimento das unidades deve seguir as normas da Vigilância Sanitária, devendo ser assegurado o atendimento de qualidade, personalizado, com até quatro idosos por quarto. (SECRETARIA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL, 2014, p. 46)

A retomada dessa descrição é fundamental, porque ela deixa visível a não compatibilização das diretrizes básicas nem para a população idosa acolhida, a qual também fica submetida a práticas muito mais institucionais que residenciais, muito mais cerceadas que comunitárias, muito mais tuteladas que pautadas na promoção de autonomia.

Lembro-me de uma visita, por exemplo, onde todos os idosos eram solicitados a não se levantar do sofá, e não há nenhuma interpretação minha nessa memória, era o discurso emitido em alto e bom som. Era realmente uma casa, um grupo pequeno, a maioria de mulheres, num território centralizado do município. Todavia, além da responsável pelo

“Tanto a Lei 8.842/94, como o Estatuto do Idoso de 2003 denominam essas instituições de “Entidades de Atendimento”. A Portaria 2.854, de 19 de julho de 2000, que instituiu modalidades de atendimento conforme o previsto na Política Nacional de Assistência Social, refere-se a “atendimento asilar” ou congêneres. As Normas de Funcionamento de Serviços de Atenção ao Idoso no Brasil, de 2005, também se referem a Atendimento Asilar em oposição ao Atendimento Domiciliar. Ou seja, a própria norma separa “casa” de “asilo”. A casa é o domus (domiciliar), ou ninho; o asilo, o lugar de refúgio, inviolável (asylum). Essas instituições são também denominadas de lares, abrigos ou casas. É na Resolução 283, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), de 23 de setembro de 2005, que se explicita em norma federal, o nome de Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI). A Anvisa considera que a ILPI é destinada à “moradia coletiva”, ou seja, é um lugar onde se mora ou reside, para pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, podendo abrigar, no entanto, pessoas com três graus diferentes de dependência, mas com atenção tanto a seus direitos como ao desenvolvimento de atividades e participação, conforme o Estatuto do Idoso.” (2009, p. 320)

serviço, havia uma única cuidadora que andava de um lado para o outro, sem descanso, a realizar as tarefas de cuidados individuais e também da residência.

O cheiro característico de urina presente, a queixa de troca de fraldas uma vez por dia apenas e a utilização de fraldas obrigatória mesmo para poucos que não teriam indicação, afinal, o perigo de andarem e caírem se apresentava como ameaça no discurso do serviço que não tinha braços suficientes para o que seria sua tarefa. Também uma fila de gente para entrar no banho, um senhor simpático a envergar-se na parede, esticando a camiseta que era sua única proteção quando passamos, pois, esperava sua vez de entrar no banheiro e ninguém se preocupou em avisar a nós ou a ele que a presença de ambos acontecia. Envergonhada com ele pelo assalto da mínima privacidade, perguntei à responsável por que tamanha exposição, já que aguardava seminu no corredor, e ela sem nenhum embaraço explicou que eram muitos e o mais prático para a rotina era fazer dessa maneira.

Voltando ao sofá, a lembrança de um senhor que tentava levantar-se e o fazia com grande dificuldade, observava-o enquanto conversava com uma senhora, foram alguns minutos investidos na tarefa árdua de colocar o corpo em pé. Assim que o conseguira, a cuidadora sobrecarregada colocou seu corpo frontalmente com o dele, o sentou com velocidade e disse que já tinha avisado tantas vezes que ficasse sentado até ela poder vir ajudá-lo.

Retomemos que nesse momento iremos discutir alguns pontos. O primeiro deles, como pista, é que a institucionalização de longa permanência de idosos se apresenta como prática legitimada, sem questionamento social, na verdade, como escape de uma cadeia onde a política pública ainda está fragilizada, quando falamos de envelhecimento (inclusive, apenas como ponto levantado, nas diversas solicitações que recebemos para avaliação de atenção básica em alguns municípios, as ações para idosos eram inexistentes ou negligenciadas, ainda que formalmente ocupassem algum lugar de investimento em planejamento).

E aqui há uma violação de direito explícita: a declarada necessidade de anuência do idoso para sua entrada na instituição (prevista no Estatuto da Pessoa Idosa)⁶⁹, repetidamente ignorada, quando a maioria de contratos são celebrados diretamente com suas famílias, numa relação cliente-serviço, mas o cliente direto não é envolvido no “acordo comercial”. Nas muitas instituições que visitamos ao longo dos anos, essa regra básica não era sequer sabida por aqueles que geriam o lugar. Em outros tantos lugares, não existia contrato com os idosos,

⁶⁹ Como era conhecido, Estatuto do Idoso, a partir de 2022 é nomeado como Estatuto da Pessoa Idosa, no qual, sobre os contratos, descreve no Art. 50 (sobre as obrigações das entidades de atendimento): “I – celebrar contrato escrito de prestação de serviço com a pessoa idosa, especificando o tipo de atendimento, as obrigações da entidade e prestações decorrentes do contrato, com os respectivos preços, se for o caso”.

noutros, alguns idosos assinavam sem saber de fato a realidade do contrato e podiam relatar isso.

Fica o incômodo ruído nos diversos encontros com lugares que funcionam como depositários de velhos — uma breve problemática deve ser colocada sobre como a questão da institucionalização dos idosos em si é reveladora do anseio manicomial no sentido de pensarmos a instituição total, do controle dos corpos daqueles que de alguma forma não servem mais, não produzem mais ou exigem olhares e cuidados com os quais a sociedade em fluxo não lida. Tantas escutas ao longo dos anos nessas instituições que traziam sobre a ausência da casa, histórias negadas. Falamos aqui de ausência mesmo, pois, ainda que em unidades residenciais, há a presentificação de uma rotina com horário para comer, para acordar, para tomar banho, para ver TV, rotina que aniquila, como bem descreve Goffman (2003).

Para compor esse quadro de aniquilamento, há outros tantos da prática cotidiana, mas destacaremos aqui mais um: quanto a benefícios, aposentadorias etc. (a renda pertencente a cada idoso). Como regra geral testemunhada ao longo dos anos, a ausência de controle pessoal (desde o acesso a suas contas, ao dinheiro, às escolhas rotineiras sobre como gerenciar a renda), bem como a ausência de prestação de contas dos responsáveis — sejam familiares, quando controlam diretamente, ou os representantes nas instituições e serviços —, uma fotografia importante que simboliza o descaso com a singularidade e a autonomia.

E aqui é importante evidenciar: não estamos lidando com as situações de idosos que tiveram, por meio de processos legais, a retirada do controle de renda, bens etc. — o que é um debate importante ao qual não nos deteremos —, falamos de qualquer um, independente de situação legal de tutela.

O que se mantém em jogo nas instituições ainda são relações de poder pela combinação de normas e práticas de um sistema de controle disciplinar numa perspectiva humanista filantrópica por meio de garantia de direitos adaptados no cotidiano (FALEIROS; MORANA, 2009).

Como Bosi bem nos convoca a pensar as questões da velhice:

A moral oficial prega o respeito ao velho, mas quer convencê-lo a ceder seu lugar aos jovens, afastá-lo delicada, mas firmemente dos postos de direção. Que ele nos poupe de seus conselhos e se resigne a um papel passivo. Veja-se no interior das famílias a cumplicidade dos adultos em manejar os velhos, em imobilizá-los com cuidados para “seu próprio bem”. Em privá-los da liberdade de escolha, em torná-los cada vez mais dependentes “administrando” sua aposentadoria, obrigando-os a sair de seu canto, a mudar de casa (experiência terrível para o velho) e, por fim, submetendo-os à internação hospitalar. (BOSI, 1994, p. 78)

Quando Scarcelli discute o morar entre o hospício e a cidade, explicita que o manicômio é, por excelência, a negação do habitar (SCARCELLI, 2011, p. 80). Como é importante, salvo as diferenças em que o propósito de diferenciar se faça, que possamos aproximar as semelhanças ao pensar aqui o habitar do idoso com mais de 60 que é tirado de casa e institucionalizado e ponto, ainda que a proposição da política seja proporcionar um ambiente residencial com a convivência comunitária garantida.

Em publicação de 2019 referente a diversos artigos elaborados pela equipe do NAT-MPSP, um deles fora dedicado a pensar a violação de direitos dos idosos, considerando 19 visitas realizadas na região da Grande SP II — território considerado nesta pesquisa — no período de 2012 a 2017, considerando “municípios com índices elevados de vulnerabilidade social, sendo destinados a idosos de baixa renda” (VALENTIM; FERREIRA, 2019, p. 224), pelo qual se constatou:

Diante das realidades encontradas nas ILPIs visitadas, verificou-se pouca possibilidade de diversidade de existência devido à soberania de cotidianos empobrecidos das possibilidades de ser, fazer, lembrar-se ou reinventar-se. Há dominância de um argumento do cuidado com ênfase no corpo como sagrado em detrimento do percurso e das escolhas de um sujeito.

Tal leitura se deu por encontros com tantos idosos residentes, que gentilmente compartilharam impressões, histórias, percepções ou mesmo comunicaram ora sorrisos, ora aflições, ora choros, ora pedidos de retornar a suas casas, ora o medo de frustrar familiares que entendiam que aquele era seu melhor destino e, por isso, ali deveriam permanecer.

Destes tantos e diversos encontros, houve aqueles em que havia satisfação com a situação de institucionalização, às vezes referenciado pelo acolhimento do local e pelo sentimento de pertencer a um grupo, todavia, estes foram escassos, raros. Na maior parte das vezes, idosos revelavam profunda tristeza e angústia ou pior, indiferença, fenômenos patologizados pela instituição, o que, novamente, confirmava a lógica do cuidado ao corpo explicitado nas ações pautadas na medicalização, e raramente na escuta de sua demanda e reflexão sobre o adoecimento que a própria vida institucionalizada poderia vir a promover. (VALENTIM; FERREIRA, 2019, p. 226)

Concluem que, ainda que haja um novo paradigma de atendimento a idosos nas situações de acolhimento dados os avanços legislativos, isso não significou uma ruptura com o passado de uma concepção caritativa orientada pela perspectiva de vigilância. A concepção de idosos como sujeitos de direitos ainda encontra barreiras históricas e sociais sustentando a lógica hegemônica de instituições totais (VALENTIM; FERREIRA, 2019).

Dentro desse ponto (a legitimação legal e social da institucionalização do idoso a partir de 60 anos) temos que problematizar um contexto: a justificativa dessas institucionalizações, pois se encontramos idosos com reais demandas de um acolhimento dentro da perspectiva da Assistência Social, temos também um universo de demandas apresentadas para a institucionalização, como se coubessem situações indiscriminadas, dentre elas, uma que foi disparadora das questões que mobilizam essa pesquisa: as famílias de idosos

com sofrimento psíquico estão autorizadas a institucionalizá-los pelo resto da vida. Como efeito, também temos empreendimentos (dos mais aos menos precários) autorizados a fazer dessa demanda um negócio.⁷⁰

Além desses dois pontos (a legitimação legal e social da institucionalização do idoso a partir de 60 anos e, assim, a busca pela institucionalização com finalidade de asilamento por questões de saúde mental sem tensionamento antimanicomial), temos um outro contexto presente em diversos serviços: uma população não idosa institucionalizada por questões de saúde mental com o aceite dos serviços pela resposta a uma demanda familiar ou até mesmo jurídica. Então, temos também os jovens sendo de certa forma manicomializados onde não é manicômio: as ILPI.

A realidade trazida na Narrativa 4 não pode ser questionada como caso isolado, tendo sido algumas vezes que encontramos o mesmo cenário a se repetir em diversos municípios. Neste caso, em um grupo relativamente pequeno de 20 pessoas acolhidas, três delas eram não idosas e carregavam o rótulo de um “transtorno” que validava sua estada, longa e permanente, pela impossibilidade de cuidado pela família e com a ciência do Ministério Público. Mostra-se revelador de uma prática manicomial que vai encontrando suas maneiras de persistir pela utilização dos serviços disponíveis em cada território — que, na abrangência da atuação de trabalho, dispunha de recursos mais precarizados.

Então, temos as seguintes situações levantadas aqui como pistas das práticas manicomiais no contexto da institucionalização de idosos:

1. Se idoso, o motivo de internação nessas instituições não é questionado na grande maioria dos casos. A partir dos 60, assumimos que nossos idosos podem ser colocados nessas instituições parametrizadas pela Política de Assistência Social⁷¹ sem muita reflexão sobre as reais demandas e o quanto estão de fato relacionadas com demandas assistenciais; assim, abrimos a brecha para um manejo de internações originalmente psiquiátricas acontecerem sem qualquer atrito se o transtorno acompanhar uma pessoa idosa.

⁷⁰ Ao longo dos anos de trabalho, visitei apenas um serviço que era público, subsidiado pela gestão municipal, cuja demanda era de fato avaliada e pôde acontecer uma discussão interessante sobre direitos previstos e sua relação com a instituição.

⁷¹ Como ferramenta legal/normativa, pautávamo-nos nas garantias previstas no Estatuto do Idoso (nomeação vigente à época), diretrizes da Vigilância Sanitária destinadas à ILPI e parâmetros elaborados no âmbito do Sistema único de Assistência Social (SUAS).

Mais uma vez recorremos a Bosi, que nos lembra que: “Se a tolerância com os velhos é entendida assim, como uma abdicação do diálogo, melhor seria dar-lhe o nome de banimento ou discriminação.” (BOSI, 1994, p. 78)

2. Independente da natureza da ILPI ser ou não ser associada à internação psiquiátrica, por motivos diversos, essa foi uma saída encontrada e realizada em diversas instituições, fosse encontrada pelo Estado — como aconteceu algumas vezes —, fosse por familiares em negociação direta com a gestão do serviço pelos vínculos no território.

Assim, há algo de não isolado, de uma repetição recorrente, que nos leva a pensar nessa lógica permeando solos distintos ao revelar que não o são em última instância. As instituições para idosos foram consideradas como moradas para diversos “transtornos”⁷² por diferentes atores envolvidos e elas próprias reconheceram-se como capazes de acolher a demanda de alguma maneira.

Então, interessa-nos pensar que de alguma forma isso escancara o quanto de fato a internação tem mais a ver com o encerramento da questão do que com o cuidado, com a saúde, com inclusão ou reinserção. As forças manicomiais imperando sobre a estruturação dos dispositivos de cerceamento, seja no campo da Saúde, seja no campo da Assistência Social, seja no cuidado com o idoso, seja no cuidado do não idoso quando um transtorno fica associado a uma demanda de acolhimento institucional.

Levantamos como pista também a problemática naturalização da institucionalização do idoso em sofrimento mental. Há um marco etário que parece encortinar a questão: a partir dos 60 anos, pelo enviesamento do direito à inserção em instituições de acolhimento, tem-se a prática de institucionalizar idosos independente de critérios claros. Dentro deste contexto, o idoso em sofrimento mental torna-se questão de atendimento na Assistência Social e o assunto é calado. As premissas da luta antimanicomial servem a pensar os direitos violados dos idosos também.

⁷² A palavra “transtorno” é escolhida ser assim usada pela própria escolha discursiva na grande maioria de instituições referidas, pois assim se faz a justificativa de acolhimento.

5.4 Comunidades Terapêuticas: particularidades

Há comunidades que afirmam receber pacientes com diversos tipos de transtornos mentais. Também foram identificadas unidades que recebem pessoas idosas com permanência não necessariamente relacionada ao uso de drogas, mas por não disporem de outros locais para permanecer. Esse parece ser também o perfil de instituições que são acessadas como espaços alternativos à vida na rua, ainda que temporariamente. Além disso, algumas das comunidades terapêuticas visitadas têm sido utilizadas para internação de pessoas com comportamentos considerados moralmente desviantes da norma, daí o registro de internações por “agressividade e rebeldia” ou “deficiência intelectual.”
(CFP, 2018, p. 136)

Este é um trecho do Relatório de Inspeção a Comunidades terapêuticas, ação conjunta de órgãos de fiscalização, publicado em 2018, tempo também da confecção dessa pesquisa.

Aqui, um recorte do que o relatório vem denunciar e discutir: o que nomearam como “novos usos” para as comunidades terapêuticas. Um debate essencial que vem dialogar com o objetivo dessa pesquisa: esse não é um fenômeno apenas nas comunidades terapêuticas, ainda que tenhamos olhos apurados para elas, dado o número crescente e a aceitação nos territórios sob o discurso do cuidado alinhavado ao combate às drogas.

Os novos usos, portanto, se apresentam como fenômeno da reprodução do uso manicomial de serviços, todavia nas diversas possibilidades que estão dispostas em cada território, incluindo as comunidades terapêuticas, como expressão emergente da prática. Uns manicômios operando onde não enxergamos “o” manicômio.

Ainda que não seja um cenário exclusivamente encontrado em Comunidade Terapêutica, durante os anos de visitas e inspeções na atuação no Ministério Público de São Paulo, pudemos testemunhar nela: idosos acolhidos, pessoas com deficiência, pessoas em sofrimento mental, inclusive adolescentes, sem qualquer vinculação a uso de drogas (como também revelado pelo relatório de inspeção citado).

Por tantas vezes, pela partilha informal dessa pesquisa ao longo dos anos, para muitos interlocutores as comunidades terapêuticas acabavam por ocupar um lugar protagonista do dispositivo manicomial, como se assumisse o lócus do “novo manicômio”. Se por um lado esse debate deve acontecer a partir dessa compreensão pelo número de instituições que é de fato imenso e pelo constante incentivo político e financeiro que tais serviços dessa natureza

recebem inclusive do Estado⁷³, por outro é preciso o alerta de que o não manicômio onde o novo manicômio pode se estabelecer tem muitas faces, a CT é uma importante delas.

Reconhecemos o destaque merecido a essas instituições como aquelas que expressivamente ocupam o cenário de internações, seja pela questão do uso de drogas, seja pela camuflagem da ferramenta manicomial, portanto, legitimada. Todavia, as forças manicomiais encontram seus meios não só pelas comunidades terapêuticas, mas pelas ferramentas disponíveis e dispostas nos territórios. Por isso a escolha de apresentar nas Narrativas a diversidade de dispositivos laterais que as redes em cada território se utilizam de forma mais ou menos estruturada, mas tratemos das comunidades terapêuticas, neste momento.

Pensamos a pulverização das comunidades terapêuticas, sua abundância, principalmente considerando o território circunscrito na pesquisa — próximo a São Paulo, mas com características não urbanas, ou seja, garante-se acesso pela proximidade, mas mantém-se invisível de certa maneira. A questão de uma facilidade de organização/estruturação, orientações simplificadas, pouco exigentes atrelada à ausência de uma regulação expressiva. Outro ponto, a ligação com a questão das lideranças religiosas que permeiam os territórios, muitas delas vinculadas a comunidades de fé.

Ainda que encontremos perfis territorializados no enraizamento das CTs, é imprescindível considerar a prática de alcance intermunicipal, interestadual até, já que muitas pessoas encontradas vinham de locais muito distantes de origem, todavia por uma rede de comunicação que divulga os serviços disponíveis, inclusive articula convênios que parecem ter como objetivo a promoção de um distanciamento das pessoas internadas de seus territórios de origem, de suas famílias e seus vínculos comunitários.

Há uma ironia, até mesmo um cinismo, ao pensarmos que uma nova “comunidade” para ser “terapêutica” deva romper com um histórico de comunidade já interiorizado, já que ali estará inserido por meses, talvez até anos — além, claro, de estar na contramão do previsto nas políticas pautadas em liberdade e cidadania. Assim como acompanha a perspectiva cínica da ressocialização ou do voluntariado, quando na prática a pessoa fica isolada por longos períodos de tempo sem qualquer possibilidade de circulação social e por algum tempo não lhe é permitida saída, ainda que mude de ideia sobre sua escolha voluntária de adesão à CT — tentaremos discorrer sobre isso mais adiante.

⁷³ Aqui destacamos que houve avanço de financiamento em grande escala nos anos de governo a partir de 2018, no entanto é importante destacar que nos anos referentes às narrativas já avançava uma cultura de financiamento das comunidades terapêuticas por repasses públicos.

Outra questão pertinente sobre o uso de nomenclatura e regras de CT — documentalmente apoiadas em registros e diretrizes para fiscalização — por clínicas ou outros serviços disformes, que, a partir de uma justificativa “somos CT”, incluíam como “plus”, como “a mais”, profissionais técnicos de saúde, o que acabava por ser argumento de venda e avanço na concorrência por uma “qualificação de serviço”.

Ou seja, tem-se uma prática comum perversa em que se vende uma estadia/internação numa “clínica” sob a organização burocrática frágil de uma CT, numa prática irregular que confunde, esfumaça. Estrutura-se uma prestação de serviço de prática manicomial-hospitalar, sem o rigor de uma estrutura básica de saúde, incluindo como “bônus” os profissionais de saúde. Justificam a presença de médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, farmacêuticos, ao mesmo tempo que o trabalho é apresentado com base numa forma restritiva de atenção vinculada à atuação dos Doze Passos⁷⁴ — que se inicia com o passo de assumir-se impotente perante a adicção, segue vinculando a caminhada à entrega aos poderes de Deus, reconhecendo seu poder e vontade para um despertar espiritual que deve, como continuidade, seguir com a transmissão desses ensinamentos a outros adictos.

Segundo Loeck (2006), as reuniões dos Doze Passos são operacionalizadas como espaços ritualizados em que o importante é que “a aceitação da adicção como doença é algo eficaz para ajudá-los” (p. 10), encorajando seus participantes a praticarem a abstinência do uso de qualquer droga.

O lema da irmandade, Só por hoje, incentiva os membros a conquistarem a abstinência e a sobriedade a cada dia, ou seja, para eles, vivendo um dia limpo de cada vez, os objetivos se tornam mais realistas e alcançáveis. (LOECK, 2006, p. 11)

Apresenta-se como lógica o tratamento pensado a partir da troca entre iguais, posto como alternativa ao manicomial. Obviamente há uma ironia colocada aqui, já que antimanicomial não se daria sem a consideração de singularidade. A terapêutica se desenvolve na roda de iguais, que devem igualmente alcançar passo a passo, ao todo 12, como uma escada, degrau por degrau. Não sem finalidade, aqueles que avançam têm suas falas repetidas como ordem para aqueles que ainda se encontram no início da escalada. É a terapêutica na contramão do sujeito: quanto menos eu mesmo, mais curado, numa lógica em que eu me tornei o vício. Então tem-se a lógica da abstinência de si. Manicomial.

A antropóloga Taniele Rui (2010) reflete sobre uma organização institucional dos doze passos, pela “unificação discursiva dos usuários de ‘drogas’ na mesma condição de adictos e, por fim, o seu modo específico de conduzir uma memória da vida pregressa” (p.

⁷⁴ Disponível em: <<https://www.na.org.br/os-12-passos/>>. Acesso em: 6 dez. 2022.

50). Ela destaca que não há sequer um trabalho sobre a diferença de substâncias que cada pessoa teria feito uso e o horizonte do trabalho da metodologia pauta-se numa escalada geral que tem início no uso, experimentação e chegada no vício. Destaca também sobre a negligência dos “aspectos socioculturais presentes na interação com as substâncias.” (p. 54)

Rui costura um pensamento em que a metodologia dos Doze Passos e a sua unificação discursiva se estruturam de forma coesa com a operação de uma instituição total (ao resgatar a noção de Goffman):

Aqueles que possuem mais recursos financeiros são incentivados a comprar a mesma marca de cigarro e a utilizar vestimentas mais simples. Esta aparente anulação dos marcadores sociais de diferenciação, distinção e desigualdade é apresentada pelo Código de Ética da Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (Febract) como um “direito do residente”, qual seja “receber um tratamento digno, respeitoso e seguro, independentemente de raça, credo religioso ou político, nacionalidade, preferência sexual, antecedentes criminais ou situação financeira. (RUI, 2010, p. 55)

É porque suas histórias são colocadas como iguais que são passíveis dessa unificação que coloca a todos e todas na mesma condição de adictos. Assim, se iguais, “um mesmo tratamento: a aprendizagem e o cumprimento dos Doze Passos” (RUI, 2010, p. 57). Nesse sentido, Rui atenta que, ainda que os Doze Passos relacionem as ações com a figura de Deus, aponta como central a perspectiva de reconhecimento de que a pessoa perdeu o controle de si mesma e por isso a necessidade de recorrer a uma instância superior. Loeck (2006) também destaca a questão do despertar espiritual como chave, vinculada ao “valor terapêutico de adictos trabalhando com outros adictos.” (p. 12)

Nesse sentido, faz-se importante destacar o ciclo de retroalimentação que se molda em torno da metodologia dos Doze Passos, quando se incorpora os abstinentes à lógica de manutenção das comunidades terapêuticas, sendo seus ex-usuários destinados a servir de mão de obra no dia a dia e na condução das rodas terapêuticas que formarão novos abstinentes prontos ao trabalho com os novos adictos internados. Podemos ver na Narrativa 8 quando as pessoas a ocuparem o lugar do trabalho cotidiano são apenas voluntários que de certa forma moram na CT com esquemas de trabalho-folga.

Retornando à escolha de institucionalização de estrutura de comunidade terapêutica, não se tem o mínimo do exigido numa estrutura hospitalar, portanto muito menos onerosa e muito menos suscetível à fiscalização mais pesada e tem-se a permissão da vulnerabilidade de práticas diversas sem contestação de sua eficácia, abrindo precedentes para toda sorte de contrastes.

Nessa direção, outro ponto límbico importante a ser pensado: quando a questão do financiamento ou da comercialização da internação não está em jogo, como é possível ainda discutir a questão da fiscalização? Quando a comunidade terapêutica funciona apenas de forma voluntária, com mão de obra voluntária e sem qualquer transação financeira, fica sob véu, menos visível.

Foi o caso de uma certa vez encontrarmos um lugar com tais características, que servia, no geral, ao perfil de uma população em situação de rua, com um líder religioso à frente, um lugar muito simples, de característica caritativa; ao tentarmos encontrar o endereço de visita solicitada pela promotoria de justiça para outra visita, paramos nesse local e realizamos breve conversa. Assim, notificamos a promotoria responsável para futura fiscalização, todavia, reconhecendo que também não há sequer contingente para garantir a agenda de visitas, a depender do tamanho do município e do número de comunidades pertencentes ao perímetro.

Encontros como esse mobilizavam questões sobre quais direções seriam possíveis na fiscalização desses campos circunscritos pela caridade e pela voluntariedade com população vulnerável; também mobilizavam questões quanto à real possibilidade de cobertura de fiscalização nesses territórios populosos e populados por tantos serviços.

Apenas fiscalizar sem discutir a mudança de cultura é como enxugar gelo, como combater incêndio com um balde, ainda que nesses casos possa haver a diferença para as pessoas que possam ter condições revisadas e garantia de direitos naquele tempo e espaço e isso importa, é preciso reconhecer e defender isso.

Nesse sentido uma discussão que habita um fio tênue, delicado e perigoso: o debate sobre a importância de uma regulamentação mais consistente. Se por um lado avançar na regulamentação de um serviço que não corresponde aos ideais das conquistas antimanicomiais legitimaria a presença de tais dispositivos — que não defendemos — com um aprofundamento de diretrizes, por outro lado ficamos com o vazio da fragilidade de regras que vai dando lugar aos “jeitinhos” de fazer sem a possibilidade de fiscalização mais efetiva, o que cede, portanto, lugar às forças manicomiais.

A ausência de regulamentação efetiva serve, então, a esses dois propósitos importantes: o de não legitimar a existência de um serviço que ainda defendemos combater, mas que dessa maneira permite de forma traiçoeira práticas manicomiais sob a justificativa de existência das CTs, porque se constituem no limbo de um campo que a legalidade não alcança pela fragilidade de medidas a serem fiscalizadas — um limbo que interessa, é claro, pois caso não o fosse, estariam ameaçadas. Essa discussão não é nova e vem sendo enfrentada ao longo

das conquistas e avanços da luta antimanicomial, no entanto, deve ser posta para que acompanha a complexidade da natureza desses serviços.

Nesse contexto de ambiguidade, entre regulamentar e destituir, de qualquer forma, é importante pontuar que, para os profissionais que atuam nas fiscalizações, as resoluções que pautam funcionamento são as ferramentas fundamentais que permitem exigir a adequação de serviços vinculados às políticas públicas como horizonte e, portanto, permitem os avanços na construção de defesa de direitos e sua garantia, e, ainda — a partir do direito —, ampliar a questão da subjetividade. É a partir do Legislativo que podemos manejar as realidades encontradas no Executivo e nelas lutar por conquistas outras.

As resoluções e diretrizes acabam por ser o apoio de partida para a argumentação e isso deve ser levado em conta. A Política Nacional de Saúde Mental, como se estruturava, e todas as normativas postas a partir dela foram essenciais para qualquer manejo institucional de diálogo para a defesa e a garantia de direitos. Para as profissionais da Psicologia que compunham o Núcleo, esse era o ponto de partida material para as tantas e importantes discussões que abarcavam a noção de subjetividade a partir delas.

As contradições conferem potência e também obstaculizam. As resoluções que existiam (e não estão no presente de forma muito diversa) eram simples e autorizavam sua existência com algum contorno; se por um lado permitiam uma certa fiscalização, por outro, a fiscalização não dava conta de intervir nas irregularidades porque não havia detalhamento do que poderia ser cobrado, habitando-se um lugar permissivo de práticas.

O documento mais utilizado à época das visitas como ferramenta de proposição em direção à garantia de direitos e melhorias no atendimento nas comunidades terapêuticas era a Resolução Nº 1 de 19 de agosto de 2015, do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas do Ministério da Justiça⁷⁵, porque era o documento disponível na tentativa de interlocução no fazer das fiscalizações pois apresentava normativas mais diretivas.

Todavia, era sempre utilizada na tentativa de articulação com as premissas constitucionais e as diretrizes do SUS e da Política Nacional de Saúde Mental, considerando prioritários todas as normativas e os princípios norteadores da assistência em saúde, já que as comunidades terapêuticas estavam previstas no enquadramento de Serviços de Atenção Residencial de Caráter Transitório (junto às escassas Unidades de Acolhimento).⁷⁶

⁷⁵ “Regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas Sisnad, as entidades que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como comunidades terapêuticas.” (BRASIL, 2015).

⁷⁶ Ver a Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011:

Sem entrar no detalhamento da Resolução, ali estavam contidos argumentos importantes no enfrentamento às violações de direitos que seriam encontradas no cotidiano das fiscalizações (por exemplo, o direito à interrupção do tratamento a qualquer momento, segurança de privacidade, garantia de elaboração de um plano de atendimento singular, a permissão de visitas familiares, a explicitação de proibição de castigos físicos e atividades forçadas, a previsão de uma articulação com a rede de proteção social no processo de desligamento e reinserção social, o impedimento de acolhimento de crianças e o direcionamento do respeito ao previsto no ECA para diretrizes no atendimento a adolescentes — entre outras tantas coisas). No entanto, sua existência não garantia sua execução, bem como dava poucos contornos a muitas questões que ficariam de fora dela. Muitos serviços sequer tomavam partido das previsões e garantias, mas a existência permitia a orientação e a cobrança de adequações.

Sobre o dia a dia verificado nas visitas e exposto nas Narrativas 5, 6 e 8 (que tratam de serviços que se apresentavam como enquadramentos de Comunidades Terapêuticas), um cotidiano empobrecido, pautado na anulação das singularidades, em propostas genéricas, esvaziadas (de engajamento, porque de sentido). Assim como recorreremos a Fanon e Azoulay (1954) no capítulo 3, a inabilidade do despertar de interesses e a recorrente estratégia de trancar os quartos para que a melancolia não se instalasse.

As mesmas ausências sistemáticas de famílias e familiares com o controle rígido dos lugares mesmo na escassez de contato. Horários restritos mesmo aos contatos telefônicos e sempre a vigília sobre o conteúdo trocado, rompendo com qualquer possibilidade de privacidade e engajamento dos laços afetivos.

As três narrativas, reveladoras de como o campo da mercantilização da internação vai se estruturando familiarmente. Na Narrativa 5, a gestão partilhada entre uma mulher e seu ex-marido (a gestão técnica e a administrativa). Na Narrativa 6, um gestor que administrava uma

“Art. 9º São pontos de atenção na Rede de Atenção Psicossocial na atenção residencial de caráter transitório os seguintes serviços:

I - Unidade de Acolhimento: oferece cuidados contínuos de saúde, com funcionamento de vinte e quatro horas, em ambiente residencial, para pessoas com necessidade decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, de ambos os sexos, que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório cujo tempo de permanência é de até seis meses; e

II - Serviços de Atenção em Regime Residencial, entre os quais Comunidades Terapêuticas: serviço de saúde destinado a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório por até nove meses para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.”

Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 6 dez. 2022.

Ver também a Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012:

“§ 2º As Comunidades Terapêuticas são entendidas como espécie do gênero Serviços de Atenção em Regime Residencial, aplicando-se a elas todas as disposições e todos os efeitos desta Portaria.” Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0131_26_01_2012.html>. Acesso em: 6 dez. 2022.

clínica para mulheres enquanto um parente próximo administrava um mesmo serviço para homens em município próximo (o qual já havíamos visitado à época dessa visita). A Narrativa 8, em que a gestora tem o namorado como coordenador e a filha como funcionária administrativa.

De certa forma, outros elos em outras narrativas. Duas situações das colocadas aqui como irregulares apresentaram graus de parentesco com outras instituições em territórios próximos em que parentes geriam seus negócios no campo das internações desejadas.

De alguma forma, é preciso refletir sobre a negativa de convívio familiar para pessoas internadas enquanto outras famílias se fortalecem na exploração de um mercado de internações que enfraquecem vínculos.

5.4.1.O Conto do Voluntariado

E quando chegaram eles chegaram bem perto, viram que a casinha era feita de pão e cobertura de bolo, e as janelas eram de açúcar transparente. [...] De repente a porta se abriu, e apareceu, arrastando os pés, uma mulher muito, muito velha, apoiada numa muleta. [...] Ela tomou os dois pela mão e levou-os para dentro da casinha. E serviu-lhes boa comida, leite com panquecas e açúcar, maçãs e nozes. Depois arrumou-lhes duas boas caminhas com alvos lençóis, e Joãozinho e Mariazinha deitaram-se nelas, pensando que estavam no céu. [...] Mas a velha só se fingira de boazinha, pois era uma bruxa malvada, que tocaiava crianças, e só construía a aquela casinha de pão para atraí-las.
(GRIMM, 1989, p. 53 e 54)

O perigo de nos iludirmos com a salvação oferecida — esse alerta é passado de geração em geração desde que o conto dos Grimm⁷⁷ é contado.

E se parece uma alegoria boba, de fato sua metáfora mobilizou diálogo com as práticas discursivas acerca da voluntariedade nas comunidades terapêuticas durante anos a fazer visitas e escutar sobre o conto da voluntariedade — a garantia da escolha como ardil. A justificativa, a apresentação da proposta, a crença do sucesso ali transmitida como solução messiânica sempre me remetia àquela bela casa de doces com a açucarada vovó à porta ofertando cuidado e proteção, que sempre me assustou quando criança — o fascínio da redenção e o arriscado custo cobrado pelas boas intenções.

A ilusão doce se coloca como discurso de uma prática que respeitará a condição prevista de que a estadia é voluntária. O que verificamos serviço a serviço é que a escolha de

⁷⁷ Versão traduzida do alemão por Tatiana Belinky.

permanência não está dada para além de um dizer, ainda que haja a previsão garantida inclusive na Resolução do CONAD N° 1, de agosto de 2015⁷⁸ (Art. 8° São direitos da pessoa acolhida: – I – interromper o acolhimento a qualquer momento).

Assim, repetidamente, ouvimos em CTs: “ele entra voluntariamente, mas é que nos primeiros três meses não tem jeito, pela crise de abstinência a gente o mantém aqui pois não tem condições de discernir a própria vontade” ou “No primeiro mês não pode ligar pra ninguém, senão ele desiste do tratamento”, ou a responder das tantas trancas que “nas primeiras semanas eles tentam fugir.” Em alguns lugares 21 dias (períodos mais curtos assim, mais incomuns), noutros 90 dias, mas sempre um protocolo que impede a manutenção de qualquer diálogo que de fato considere a estadia como ato voluntário. Restringe-se a ideia de voluntariedade a uma assinatura, obtida, sabemos, por vias passíveis de questionamento, pois contam com o desespero de alguém que quer “curar-se” ou de alguém que quer que alguém querido “seja curado” — o anseio pela salvação.

A lógica continua a servir à manutenção da internação. O afastamento é intencional, a busca pela internação longe, para evitar desistência, para dificultar fugas. Isso não se ouvia com tanta frequência, mas também não era incomum. A contradição ali explícita entre a noção de internação voluntária e as estratégias de confinamento forçado, ou, como dizemos, “compulsório” e que não estariam balizadas pela regulamentação (na Resolução referida do CONAD, n° 1, não resta dúvida, estando explícito que se trata de adesão de “caráter voluntário” desde as considerações iniciais, no Art. 1° – Disposições Preliminares, no Art. 2° – Das Entidades⁷⁹, enfim).

Entrar no mérito da eficácia da abstinência ou sustentar a defesa de outras intervenções não é o foco do debate. Reconhecemos a disputa de narrativas científicas em jogo há anos e as diferentes visões de mundo que elas envolvem, cujo efeito temos acompanhado nas concepções de cuidado envolvendo a demanda de uso de drogas e as políticas contrastantes que tensionam o campo da saúde mental. No entanto, abriremos mão de aprofundar a complexidade dessa discussão, assumindo a coerência com a forma de pensar o eixo desta pesquisa, que, sem dúvida, é a pactuação com o cuidado em liberdade.

⁷⁸ (BRASIL, 2015).

⁷⁹ Aqui inclusive, está expressa a incompatibilidade com estruturas assistenciais de saúde:

“Art. 2° § 1° As entidades que oferecerem serviços assistenciais de saúde ou executarem procedimentos de natureza clínica distintos dos serviços previstos nesta Resolução não serão consideradas comunidades terapêuticas e deverão, neste caso, observar as normas sanitárias e os protocolos relativos a estabelecimentos de saúde.”

O que pudemos verificar é que na prática não vinha sendo aplicado.

Os lugares que as pessoas devem adentrar voluntariamente para serem cuidadas não são tão fáceis de achar, habitam as distâncias, os bucólicos, os não urbanos. Isso sempre explicitava um enigma interessante: por que os lugares que deveriam ser buscados se escondem? Por que se distanciam? Lugares escondidos com propósitos de esconder. De novo, a memória insistente de criança: a senhora bondosa que morava solitária no meio da floresta com as janelas de biscoito.

O termo enigma parece importante quando falamos de comunidade terapêutica no Brasil, porque sua existência está carregada de lacunas e perguntas, mais que de regras, diretrizes, parâmetros. Um termo mais interessante talvez pudesse ser contradições, no plural mesmo, mas ainda penso que enigma abranja mais.

Enigma de entrar voluntariamente e depois de “entrado” a não permissão para sair pelo determinado tempo necessário a uma primeira desintoxicação. O enigma de ter como premissa a participação de familiares e período de socialização, todavia com internações em lugares bastante inacessíveis, remotos, com visitas escassas quando ocorridas e quando registradas. O enigma da necessidade de um olhar de saúde especializado, mas com tratamento pautado em religiosidade e escassez de mão de obra minimamente qualificada. Enigma de manutenção de existência, até persistência, em meio a tantas discussões qualificadas no bojo das conquistas antimanicomiais.

Para além das dinâmicas familiares, das justificativas cotidianas dos efeitos da adicção, Rui (2010) aponta para diferentes motivos que interferem na busca por uma comunidade terapêutica, explicita a contradição de que uns buscam o tratamento para fugir de uma punição judicial. Ela apresenta um caso, por exemplo, em que, ciente de a polícia preparar um flagrante por sua relação com tráfico, uma mulher se internou. Outros fugiam de dívidas:

Muitos também foram para a clínica buscando fugir do cobrador de suas dívidas, com o intuito de evadir-se de um “acerto de contas”. Assim, no local, mais que um problema físico de dependência que é traduzido como um problema de comportamento, ter uma trajetória errada com “drogas” pode significar tomar o caminho da criminalidade, se envolver com o tráfico de “drogas”. E é este caminho que os indivíduos e a instituição buscam retrilhar, “um dia de cada vez.” (RUI, 2010, p. 55)

Aqui, o voluntário é que torce o propósito de tratamento e se apresenta talvez visando a esperada salvação, ainda que momentânea. Importante reflexão para considerar a complexidade do campo.

Mas, voltando a pensar o caráter voluntário teórico e o caráter compulsório na prática, as internações distantes e longas parecem se repetir como estratégia. Nesse sentido, é muito

importante perceber o quanto o afastamento de vínculos afetivos e territoriais ainda faz parte do mecanismo manicomial, na contramão do que se almeja para qualquer terapêutica que considere promoção de saúde.

Volto a pensar que João e Maria são presas mais suscetíveis sem pão e sem pai e mãe a precisar da velhinha na floresta. Porta adentro já não podem mais escolher.

5.4.2. A internação de Adolescentes

Retomemos aqui que uma das visitas a comunidade terapêutica trazida nessa pesquisa foi solicitada pela Promotoria de Infância e Juventude — e não da Saúde, nesse caso —, pois buscava verificar a situação de adolescentes que estavam internados no serviço. Já no caso da clínica privada para mulheres, a visita foi solicitada pela PJ de saúde, todavia, a denúncia que motivou a visita tratava da internação de uma adolescente.

Ou seja, nestes dois casos, o foco que conduziu nossas visitas a essas instituições era o público adolescente, e estavam, ambas, no campo da esfera privada, pois havia denúncia de violação de direitos diversos interconectando o campo de saúde-educação, mas sobretudo ferindo direitos básicos de convivência familiar e comunitária.

Uma contextualização se faz necessária quanto ao trabalho. À época, dispúnhamos prioritariamente do Estatuto da Criança e do Adolescente como horizonte de diálogo e garantia para as fiscalizações. Acerca dos parâmetros legais que versavam sobre a estrutura de comunidades terapêuticas, o documento do CONAD (Resolução N° 1) explicitava a necessidade de elaboração de parâmetros singulares para o atendimento de adolescentes, esboçando uma previsão que não foi cumprida (de 12 meses)⁸⁰:

Art. 29. O Conad deverá fomentar o fortalecimento da rede de cuidados e tratamento para adolescentes e editar, no âmbito de sua competência, normas próprias sobre a matéria no prazo de até doze meses da data de publicação desta Resolução.

§ 1° Para os fins do disposto no caput, o Conad deverá articular-se com as instâncias competentes das políticas públicas para adolescentes.

§ 2° Enquanto não editadas as normas próprias dentro do prazo estabelecido no caput, para o acolhimento de adolescentes deverão ser observadas as garantias previstas no Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA, que lhes confere proteção integral, e, em caráter subsidiário, o disposto nesta Resolução, bem como nas demais normas aplicadas à espécie. (BRASIL, 2015)

Uma discussão que sempre levamos adiante no cotidiano das fiscalizações que envolvia a internação de adolescentes sempre foi a provocação sobre a ausência de Unidades

⁸⁰ O ano de 2022 foi um ano de profundo debate, a partir da firme proibição da internação de adolescentes. Pelo período expresso nas narrativas, não entramos nesse debate mais atual.

de Acolhimento Infante-Juvenil (destinadas às crianças e aos adolescentes, entre dez e dezoito anos incompletos, de ambos os sexos), previstas como componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial, onde havia previsão de garantia dos direitos de moradia, educação e convivência familiar e social em articulação ao trabalho do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de referência, para atendimento com dez vagas cada.⁸¹

Podemos levantar questões, em termos de impacto no orçamento público, quanto ao valor de um serviço especializado como a UA custaria ao compararmos com o repasse público para CTs em casos individuais. Todavia, é preciso pensar que, ainda que haja uma legislação de ponta no tocante ao direito da criança e do adolescente, o que verificamos no campo é ainda uma negligenciamento generalista, ou seja, os especialistas tomam conhecimento e promovem debates e ações na direção da materialização dos direitos previstos no ECA; neste campo ainda enevado do tratamento de drogas, essa bandeira, essencial, fica de fora. Também seria importante um levantamento quanto ao custo dessas internações, na medida em que se espraiam e não deixam de ser bastante onerosas.

Pensando na dificuldade de infiltração da especialização no debate, devemos considerar o precedente que se abre nas CTs para toda e qualquer “sobra” da rede de atenção psicossocial, sobretudo a internação de adolescentes com diagnósticos psiquiátricos, que acabam tendo a CT como destino óbvio nessa rede que se constitui à sombra das conquistas antimanicomiais. Há casos também que são encaminhados para as instituições destinadas a pessoas com deficiência, importante lembrar, mas o encaminhamento naturalizado verificado são as CTs.

Importante destacar que, nesse universo de diagnósticos, patologias, transtornos referentes a adolescentes, há uma confusão que envolve as práticas nas políticas públicas, inclusive na Assistência Social. Incontáveis casos de relatos, queixas, de adolescentes que promovem conflitos em abrigos, escolas, espaços de convivência sobre os quais recaem a responsabilização individual por seu comportamento, sem considerar o entorno em questão e as ações coletivas que teriam impacto sobre a sua qualidade de vida (social, institucional, familiar, educacional etc.).

Certa vez ouvi numa visita a um serviço de acolhimento, um abrigo, sobre um adolescente: “Essa é a nossa última aposta nele, e ele sabe, se não der jeito, ou vai parar numa

⁸¹ Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012, que “Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial.” (BRASIL, 2012a)

comunidade terapêutica ou vai parar na Fundação Casa.” E infelizmente essa não era uma ameaça isolada. Como uma cascata de desresponsabilização, num sistema tão desigual e opressor, a responsabilidade é cobrada do adolescente cujo sistema de garantia de direitos foi absolutamente precarizado. Caso ele não possa responder à altura, há uma chance imensurável de ser criminalizado ou diagnosticado.

O discurso de psiquiatrização dos adolescentes em SAICAs (Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescentes – SUAS) era corriqueiro e muitos serviços encontravam na parceria com os CAPSij ou os disponíveis na região o documento que respaldava o movimento de “limpeza” dos serviços — e isso era dito de diversas maneiras —, afinal, se não fosse a presença “desses” adolescentes (e aqui não só meninos, mas em sua maioria sim) o serviço poderia cumprir sua função. Casos marcados pela violência e pela fragilidade de vínculos familiares etc., mas no discurso institucional marcados pelo comportamento violento, pelas fugas frequentes, pela responsabilização de uma precarização inteira que deles independe.

Se considerarmos a legislação e a fiscalização referente às CTs, como se apresentam entre bordas e lacunas, podemos compreender como servem a propósitos variados perversos — a internação de adolescentes é um deles. Martins e Silveira (2019) destacam que a internação de adolescentes se dá ainda em hospitais, clínicas ou comunidades terapêuticas.

Podemos localizar na Narrativa 5 a presença de dois adolescentes internados pela questão do uso de drogas, que se queixavam da ausência das visitas, da saudade dos vínculos afetivos outros e preocupavam-se com a não ciência de data para retornarem às suas vidas. Localizamos também dois adolescentes internados por justificativas diretas de transtornos mentais, mas que pudemos verificar, imbricadas com questões de assistência social, cujo acompanhamento pelo sistema de proteção social da criança e do adolescente deveria operar, ambos com rupturas de vínculos familiares significativos. Um deles expressava muito o desejo de desinstitucionalização e ainda não havia nenhum projeto para tal. Nada no horizonte. Ainda havia um jovem com deficiência que passara alguns anos da adolescência ali, até adulecer. Sem perspectiva de saída.

Na clínica de mulheres, Narrativa 6, a denúncia que disparou nossa visita tratava exatamente de uma adolescente cuja internação parecia violar diversos direitos e durou uma média de três anos. Ainda que não estivesse mais lá no dia da visita, sua saída esteve articulada ao movimento de acompanhamento do sistema de justiça. Essas foram duas de várias visitas que realizamos em que essa realidade se apresentou.

Entre tantas violações que poderíamos destacar: a ausência de ações de promoção da convivência comunitária e familiar, quando as visitas são escassas ou inexistentes e as ligações telefônicas (assim como dos adultos) supervisionadas; a ausência de qualquer iniciativa de vinculação do atendimento ao acesso a educação; a negligência explícita com o direito de liberdade de crença e religião, sobretudo porque a laborterapia se vincula em muitos lugares a um dogmatismo religioso.

A internação psiquiátrica (seja por motivação psiquiátrica *stricto sensu*, seja por uso do discurso psiquiátrico — salvo as diferenças e semelhanças sobre as quais poderíamos discorrer) continua a acontecer como dispositivo de pseudocuidado e nos provoca a olhar para esse desafio na elaboração, sobretudo na implementação, da política de saúde mental com foco nas ações para crianças e adolescentes.

O conteúdo que verificamos no cotidiano do trabalho, sobre os quais recai nosso interesse a partir das narrativas, é corroborado pelo Relatório da Inspeção Nacional a Comunidades Terapêuticas de 2017, quanto à internação de adolescentes, denunciando graves violações de direitos, e destaca as possibilidades de desenvolvimento, defendendo a atenção em saúde mental em liberdade e ressalta a indissociabilidade do que está previsto no ECA, enfatizando a manutenção de vínculos familiares e comunitários.

O mesmo documento distingue três origens na busca das internações: famílias, poder judiciário, conselhos tutelares, o que corrobora o estudo de Martins e Silveira (2019), que aponta que as internações ocorrem por decisões médicas, jurídicas ou familiares. O Relatório (2017) encontra duas realidades sobre as quais se debruça: a internação de perfil compulsório para tratamento da dependência química e o caminho para aplicação de medida socioeducativa. Para o primeiro caso, logo identifica que a justificativa se dá pela ausência de unidade para essa finalidade na rede pública, o que desemboca na busca por entidades privadas, todavia sem previsão de internação para adolescentes no ECA. Outro apontamento quanto à violação no acesso à educação, tantas vezes destacada nos relatórios produzidos durante o trabalho no MP. Não à toa, tem-se em 2019 a resposta do CONAD na formulação de uma resolução que inclui as falhas apontadas na inspeção publicada em 2018 (que estaria prevista desde 2015 e não fora antes elaborada).

A inspeção corrobora a prática partilhada aqui: a manutenção de adolescentes e adultos convivendo juntos sem qualquer atividade prevista a partir da faixa etária com atividades específicas que considerem a peculiaridade de desenvolvimento, o que o relatório reconhece como uma afronta ao ECA:

Durante as inspeções, foi possível identificar que, nas dez instituições em que convivem com adultos, adolescentes seguem a mesma rotina. Foram raras as referências a atividades específicas.

[...]

Além disso, as instituições visitadas não atendem às mínimas obrigações estabelecidas no art. 94 do ECA: não observam garantias e direitos de adolescentes; não oferecem atendimento personalizado; não diligenciam pelo reestabelecimento e preservação de vínculos familiares; nem sempre oferecem instalações físicas adequadas; não proporcionam escolarização e profissionalização, tampouco atividades culturais, esportivas e de lazer, entre outros.” (CFP, 2018, p. 131)

O documento reitera a situação de um uso perverso das comunidades terapêuticas como prestadoras de serviço no sistema de proteção à criança e ao adolescente pela justificação da ausência de outros recursos de tratamento, sem, no entanto, oferecer critérios mínimos previstos pelo ECA ou mesmo se configurarem como instituições de cuidado em saúde. Denuncia que são, ironicamente, referendadas pela justiça, que, além de validar, acabam por não tomar providências a partir de fiscalizações que identificam violações e, ainda, são custeadas por recursos públicos. (CFP, 2018, p. 132)

Braga e d’Oliveira (2015) propõem discutir sobre política de atenção em saúde mental específica para crianças e adolescentes no cenário da Reforma Psiquiátrica Brasileira (inclusive crianças e adolescentes com deficiência), destacando a contínua internação de caráter asilar, que, comparativamente com seu momento anterior, não apresenta mudanças significativas, o que nomeiam como um “perfil similar” e verificam que o motivo das internações contorna a questão de “agressividade/periculosidade”, que aparece como justificativa suficiente à legitimação da prática — o que pôde ser verificado nas Narrativas e nos anos de trabalho visitando instituições dentro da área de Infância e Juventude no MPSP.

Martins e Silveira (2019) afirmam sobre o caráter desviante dessas institucionalizações que internam adolescentes (compulsória ou involuntariamente) e reiteram a crítica de que estão excluídos do convívio familiar e comunitário, explicitando o funcionamento de um ciclo psiquiátrico/judicial ineficaz e o apontamento de extrema relevância: o descaso do poder público com crianças e adolescentes, no geral, pobres e negros, para os quais, portanto, só resta a estratégia manicomial.

Braga e d’Oliveira (2015) discutem a função exercida pelo laudo, apontando para a gravidade da situação que o envolve. Situação esta que encontramos na visita à CT da Narrativa 5, em que um dos laudos do adolescente, emitido pelo médico que trabalha para o próprio serviço, sugeria uma condição vitalícia sem qualquer proposição de trabalho em direção a um tratamento com vistas à liberdade — fato duramente criticado pelo próprio Conselho de Medicina que havia visitado o mesmo serviço e elaborado documento ao qual tivemos acesso.

Discutem sobre a mensagem implícita no ato de internação: a de que estes sujeitos não podem participar das trocas sociais, o que acaba por destiná-los a uma internação sem fim:

No ato de internação, a mensagem emitida à sociedade é de que aquele sujeito não pode participar das trocas sociais — tanto que não há registro de escuta dele no ato de internação. A internação justifica-se pelo que é denominado de agressividade, risco para si, risco para outros e risco de exposição social, em uma avaliação médica e, por vezes, com o aval de um juiz. (BRAGA; D’OLIVEIRA, 2015, p. 40)

E concluem:

O estudo aponta para a contradição contemporânea da Reforma Psiquiátrica na coexistência de diferentes lógicas de cuidado na atenção à crise: preconiza-se o acolhimento noturno, quando necessário, em CAPS-III e Hospitais Gerais, mas ainda acontecem internações em instituições de caráter asilar. (BRAGA; D’OLIVEIRA, 2015, p. 42)

Isto conversa com a discussão que levantamos no capítulo 2 desta pesquisa quanto à correlação entre a ausência de investimento em leitos que seriam destinados à atenção à crise e o desenvolvimento tímido, ou o uso desinvestido, ou sua inter-relação, que dialogam com o anseio pela manutenção das estruturas asilares.

5.4.3. Só para lembrar dos transtornos

As três Narrativas que trabalham com o enquadramento direto de comunidade terapêutica apresentam casos que não associam a internação com qualquer uso de substância, o que explicita o uso das comunidades terapêuticas como dispositivos manicomialmente evidentes. A Narrativa 8, por exemplo, tem inclusive um caso de uma mulher com diagnóstico de Parkinson, que, inclusive, deveria estar ali porque ainda não era mulher idosa, já que a idade máxima das mulheres ali internadas era de 58 anos. Arriscaríamos dizer que se o fosse encontraria uma ILPI ou um serviço assim enquadrado que a receberia sem questionamentos significativos.

A comunidade terapêutica da Narrativa 8 tinha pelo menos mais um caso de uma mulher que seria “esquizofrênica” — não foi precisado se haveria mais. E falamos de um total de 22.

Na Narrativa 5, além dos dependentes químicos que seriam a maioria, encontramos casos de pessoas com deficiência, mas também casos de pessoas com algum transtorno mental. Não bastasse o achado do campo, a gestora do serviço, Alba, ainda tentou convencer a equipe dos benefícios que seriam efeitos do que chamou de “mescla” de “público adicto com público de transtorno”.

Obviamente, a diversidade interessa à sociedade, à vida comunitária, às trocas, aos afetos. Pudemos verificar inclusive uma espécie de vitalidade no cotidiano ali presentificado. Todavia, utilizar de um argumento que serve ao propósito da manutenção de um negócio lucrativo, que aproveita da oferta e procura para justificar uma atuação terapêutica sem embasamento apenas para ludibriar a fiscalização é uma expressão significativa do cinismo de um sistema que opera à sombra das diretrizes de uma política seriamente pensada, pautada em premissas democráticas e libertárias.

Nessa mesma comunidade terapêutica é que fomos recebidas por um senhor que fora internado por questões de sofrimento mental não relacionado ao uso de drogas e que pagava a maior mensalidade no serviço, já há 3 anos, cuja irmã ele aguardava na porta para buscá-lo. Nesse mesmo lugar havia os dois adolescentes com transtornos mentais descritos, cujo laudo do psiquiatra de confiança do serviço havia atestado a impossibilidade de tratamento de um deles, condenando-o a uma vida institucional perpétua — já apontado inconsistente pelo seu próprio conselho profissional.

Na Narrativa 6, que se dizia comunidade terapêutica, mas se apresentava como clínica, também caso de mulheres que foram ali institucionalizadas por questões outras sem relação com uso de drogas, realidade exposta durante a visita e na documentação listada pela clínica.

5.5 Das grandes instituições de internação para pessoas com deficiência

Infelizmente, tristemente, a jaula de madeira de Talita não é uma exceção. E se o fosse, também seria reveladora de uma regra: a prevalência de uma lógica tutelar. Noutra ocasião, vi camas que pareciam jaulas, numa delas em específico, havia sangue em torno da cama, efeito de encontro de um corpo em movimento com as barras de ferro que o continham sob a égide do cuidado institucional. Tantas cadeiras de rodas a dar contorno a corpos segurados por lençóis amarrados, enfileirados em corredores, sons ao vento. O manicômio testemunhado.

Em relatório nomeado como “Eles ficam até morrer” – Uma vida de isolamento e negligência em instituições para pessoas com deficiência no Brasil⁸², publicado em maio de

⁸² Disponível em: <<https://www.hrw.org/pt/report/2018/05/23/318010>>. Acesso em: 8 dez. 2022.

2018, elaborado pelo Human Rights Watch⁸³, que considerou visita a 19 instituições de acolhimento no Brasil, evidencia-se essa situação manicomial:

A maioria das pessoas com deficiência em instituições visitadas pela Human Rights Watch no Brasil vivia isolada da sociedade e tinha pouco mais do que suas necessidades mais básicas atendidas, como alimentação e higiene. A maioria não tinha qualquer controle relevante sobre suas vidas, era limitada pelo cronograma de atividades das instituições e pela vontade dos funcionários. Muitas pessoas ficavam confinadas em suas camas ou quartos por longos períodos ou, em alguns casos, o dia inteiro. Elas não podiam fazer escolhas simples do dia-a-dia que a maioria das pessoas faz sem sequer perceber, como quando e o que comer, com quem se relacionar, qual programa de televisão assistir, ou se vai sair e participar de uma atividade de lazer. (HUMAN RIGHTS WATCH, 2018, p. 2 e 3)

Essa é apenas parte de uma extensa denúncia da situação de violações de direitos que envolvem pessoas com deficiência institucionalizadas no Brasil e que nos interessa para discutir a naturalização da existência dessas estruturas asilares para essas pessoas, sobre as quais a discussão de fechamento dos manicômios não recaiu diretamente e, apesar de não constarem nos serviços tipificados, existem sem tensões significativas que pressionem o incentivo daqueles que são tipificados: as residências inclusivas (tipificado na Política de Assistência Social), quase inexistentes no entorno da cidade de São Paulo, território sobre o qual destinou-se essa pesquisa.

Envolvendo visitas a estados diferentes, o citado relatório estabelece um comum ao falar do tratamento e de condições das instituições:

A capacidade das instituições variava de 20 a 110 pessoas. A maioria das instituições tinha aproximadamente entre 30 e 50 pessoas. Em várias instituições, a Human Rights Watch documentou abusos, incluindo maus-tratos, negligência, uso de restrições para controlar ou punir os residentes, sedação, bem como condições desumanas e degradantes. As condições e o tratamento foram particularmente abusivos nas instituições com número elevado de pessoas com necessidade de apoio intensivo. (HUMAN RIGHTS WATCH, 2018, p. 19)

Obviamente seria necessário refletir sobre como estariam articuladas (ou desarticuladas) nesse contexto as políticas de saúde e a atenção em saúde mental e as políticas de assistência social, todavia, para fins dessa pesquisa, pensemos o quanto a tutela ainda aparece como eixo hegemônico na pauta das ações que são consideradas na perspectiva de cuidado e, portanto, talvez sirva a uma desarticulação entre as pastas, afinal.⁸⁴ Imprescindível

⁸³ O Human Rights Watch é uma organização internacional de direitos humanos, não-governamental, sem fins lucrativos, fundada em 1978, que investiga violações de direitos humanos e cobra políticas públicas e práticas que promovam os direitos humanos e a justiça. Descrição pode ser encontrada em: <<https://www.hrw.org/pt/about/about-us>>.

⁸⁴ Para tal, temos de considerar a Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015, que institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência); sendo o Brasil signatário da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Ver Decreto Nº 6.949, de 25 de agosto de 2009, que promulga a Convenção. Assim, a Lei vem para avançar no que se refere ao pacto internacional.

para tal, considerar, além dos direitos das Pessoas com Deficiência, também os direitos de Crianças e Adolescentes, garantidos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente.⁸⁵

À época de confecção desses trabalhos (visitas, relatórios de trabalho e pesquisa, concomitantemente) entrei em contato com uma pesquisadora que investigava com afinco a internação de longa permanência de crianças e adolescentes em instituições de acolhimento para pessoas com deficiência: Flávia Blikstein⁸⁶; sua pesquisa objetificava pensar “a amplitude e a importância atuais dessas entidades no campo da saúde mental infanto-juvenil” (BLIKSTEIN, 2019).

Como abertura, no resumo do Trabalho, Blikstein partilha:

Resultados e Discussão: A partir da realização da pesquisa, foi possível constatar que a internação de longa permanência de crianças e adolescentes é uma prática recorrente nestas instituições. Além disso, o estudo revela a ausência de tipificação e regulamentação específica destes serviços que atuam desarticuladamente com a rede intersetorial e territorial e não promovem práticas de desinstitucionalização. Assim, as instituições e o Estado, numa relação de distanciamento e, ao mesmo tempo, complementariedade, promovem continuamente institucionalização de crianças e adolescentes. (BLIKSTEIN, 2019, Resumo, grifo da autora)

Entre as contribuições de grande relevância de Blikstein, ela afeta em cheio o leitor ao descrever “o efeito cruel e devastador da experiência de uma longa história de institucionalização” (BLIKSTEIN, 2019, p. 17), revelada pelo encontro com Maria, uma mulher negra com quem vem a trabalhar no CAPS do qual fazia parte e de quem torna-se referência. Ela nos convida a partilhar a memória desse encontro, provocada pelo que mobiliza a relação estabelecida entre elas quando Maria se depara com o provador de uma loja pela primeira vez; revela-se a subjetividade que lhe fora subtraída por anos, quando a escolha se apresenta — o mergulho que a pesquisadora convida é profundo e singular.

Blikstein segue: Maria passara por FEBEM, por Hospital Psiquiátrico, longos períodos de internação desde sua infância... E, ainda que a equipe do CAPS tivesse investido na busca pela história que Maria lembrava em fragmentos tantos, “A história de Maria perdeu-se nos registros das instituições asilares onde foi atendida. Maria foi transferida e sua história não a acompanhou.” (BLIKSTEIN, 2019, p. 19). E, como diz a pesquisadora, é inspirada nesse encontro que segue a pesquisa para pensar a internação da população infanto-juvenil para pensar ações pautadas em políticas públicas articuladas ao SUS e às Diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental.

⁸⁵ Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências.

⁸⁶ Cujas defesa do doutorado deu-se em 2019, pela Faculdade de Saúde Pública – USP.

A Maria que se encontra com Blikstein me convida a pensar na Talita e no Enrico com quem eu me encontro (Narrativa 2). Blikstein se encontra com uma Maria que percorrerá um trajeto de institucionalizações e eu me encontro com uma infância com um horizonte de institucionalização, como uma continuidade — que a pesquisa dela apontará — e por isso esse diálogo tão importante com o sério trabalho que desenvolve pelo qual analisa o perfil de acolhimento, os motivos de internação, encaminhamentos e a reação com processos judiciais e aponta para a interlocução necessária entre as áreas do direito e da psicologia em rede na direção da garantia dos direitos das crianças e adolescentes.

Como também pudemos verificar nos anos de visitas a tais instituições asilares para pessoas com deficiência pela prática do MPSP, constatado também na referida visita narrada nesta pesquisa, Blikstein descreve a partir de relatórios individuais analisados:

Estes documentos demonstram que os projetos individuais de assistência para os acolhidos são elaborados em torno de atendimentos e atividades que ocorrem dentro da instituição. Assim sendo, a instituição oferece diferentes modalidades de atendimentos na área da saúde e reabilitação; todavia, todas elas são desenvolvidas exclusivamente no espaço institucional. Os registros de atividades externas descrevem consultas e tratamentos em saúde e participação esporádica em festas ou eventos. Em apenas 2,5% dos casos, foram encontradas informações sobre o exercício regular de atividades externas de lazer e educação. (BLIKSTEIN, 2019, p. 99)

No caso da visita à qual se refere a Narrativa, inclusive, foi-nos pedida por uma Promotoria de Infância e Juventude, cuja solicitação foi nossa visita (equipe técnica) a um serviço de acolhimento para crianças e adolescentes. No entanto, quando chegamos à instituição, deparamo-nos com uma imensa instituição total de modelos clássicos, cuja característica generalizante absolutamente indiscriminava adultos e crianças e adolescentes. Assim como verificamos a negligência com qualquer projeto que considerasse direções de trabalho de acordo com faixas etárias e que pensasse a infância e a adolescência como período de condição peculiar de pessoas em desenvolvimento (como previsto no Art. 6.º do Estatuto da Criança e do Adolescente). A desconsideração com qualquer expressão de singularidade também era base do cotidiano de trabalho.

Neste caso, de fato, a descrição formal de público atendido — inclusive considerando repasse de orçamento público por convênio estadual — era de atendimento a crianças e adolescentes, mesmo com o público majoritário acolhido ser de população adulta. As crianças raramente frequentavam escolas, o que pode ser corroborado no relatório da Human Rights Watch. E o uso intensivo de uma lógica “infantilzatória” (no pior uso do termo): apostar na mínima capacidade de compreensão, utilizar termos no diminutivo, decoração de imagens de figuras em desenhos coloridos infantis.

Devemos considerar as estratégias de trabalho cotidiano também do Ministério Público, pensando a assessoria técnica psicossocial para as diferentes promotorias de justiça. Poderíamos (equipe NAT-MPSP) ter sido chamadas a dialogar sobre as políticas de Inclusão Social e, nesse contexto, a área de Pessoa com Deficiência. Todavia, neste caso específico trazido, fora pela ênfase na Infância e Juventude, ponto de partida, portanto, para pensar o apontamento de direcionamentos em relatório a ser produzido pós-visita.⁸⁷

Obviamente, são apontados (podem ser, a depender da escolha da equipe que responde à solicitação) caminhos de articulação entre promotorias cujas atuações estão fragmentadas, mas o desenvolvimento de ações depende da autonomia de cada promotor de justiça. É na complexidade das arestas burocráticas e dos desejos de atuação que as articulações necessárias podem ou não acontecer.

Ainda que tenha trazido apenas uma narrativa relacionada a instituições de longa permanência para pessoas com deficiência, ao longo dos anos de trabalho no MPSP circunscritos na pesquisa, foram visitadas pelo menos quatro instituições dessa natureza, incluindo a descrita.⁸⁸

Duas delas eram destinadas/descritas como voltadas ao público de crianças com deficiência. Uma apresentava característica semelhante à trazida na narrativa com a convivência indiscriminada entre faixas etárias. A outra era de fato uma residência especializada, com um grupo pequeno de crianças e alguns adolescentes, com alguns poucos adultos, mas com a perspectiva de um vir a ser adultos institucionalizados, na medida em que não havia um projeto de desinstitucionalização futura.

Importante destacar que nesta última, ainda que especializada quando pensamos a faixa etária, o investimento em ações que pudessem considerar o preconizado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente não pôde ser contemplado. A justificativa se deu na impossibilidade de condições de saúde das crianças e adolescentes acolhidos, sendo essa uma residência acolhedora de casos considerados muito graves.

Faz-se importante destacar que, nos municípios em que há existência dessas instituições especializadas, as crianças e adolescentes com deficiência são encaminhadas sistematicamente a elas e confunde-se a demanda (crianças que seriam acolhidas pelo Estado por quaisquer motivos de necessidade de proteção integral da criança e do adolescente e

⁸⁷ Como corrobora a discussão realizada no capítulo 2, sobre a fragmentação da atuação no Ministério Público e desdobramentos possíveis dada essa característica.

⁸⁸ Em 2017 houve um trabalho conjunto de equipes do NAT-MPSP da capital, pelo qual foram visitadas instituições da cidade de São Paulo, o qual, inclusive, o documento da HRW referencia. Está disponível em: Ministério Público de São Paulo, Inquérito Civil Nº 033/2017.

crianças que são acolhidas pois se entende que estarão melhor atendidas pelas instituições com seus saberes especializados; ou seja, o motivo de acolhimento se dá pela deficiência em si como demanda de proteção integral).

A última instituição à qual nos referimos aqui era destinada (como perfil descrito de funcionamento institucional) a idosos com deficiência e tinha uma característica bastante peculiar. Atendia um determinado público idoso, caracterizado por uma ascendência cultural e mantida pelo patrocínio de empresas vinculadas à entidade. Essa solicitação foi disparada pela promotoria de justiça do idoso e muitos desdobramentos deram-se na instituição a partir do trabalho dessa promotoria com fins de adequações possíveis tanto vinculadas ao Estatuto do Idoso quanto à Convenção Internacional da Pessoa com Deficiência, promovendo um acompanhamento mais sistemático por parte do MPSP e ações que partiram da entidade para uma reestruturação inclusive com consultorias externas alinhadas com as diretrizes legais.

Ressaltamos que tais desdobramentos se deram na articulação de alguns elementos, como o comprometimento da promotoria de justiça, a abertura e o investimento por parte da entidade, a disponibilidade do apoio financeiro de setor privado diretamente vinculado à diretoria, por exemplo. E, ainda que seja muito importante reconhecer o desempenho desdobrado a partir daí, também é fundamental assumir que em nenhum momento caminhos para estratégias de desinstitucionalização foram sequer levantados — o que também nos sugere pensar sobre a ausência de um tensionamento nesse campo.

Nesse sentido, aqui parecem se articular pensamentos ainda retrógrados tanto no campo de estudos dos marcadores sociais da deficiência quanto da pessoa idosa, a quem parece que o destino de institucionalização não se apresenta como preocupação social (como pretendemos discutir a seguir quando falarmos das institucionalizações para idosos).

Temos uma aparente naturalização da instituição total para pessoas com deficiência, porque ainda são mantidos a estrutura similar à dos manicômios e o limbo de interpretação quanto ao seu lugar nas políticas públicas (principalmente num hiato entre as políticas de saúde e as políticas de assistência social). Almeida (2012) propõe desnaturalizar o confinamento, trazendo essa realidade para o debate acadêmico: “o problema da institucionalização da sua longa permanência na rede de abrigo” (p. 88). Blikstein (2019) aponta para a fragmentação dos dados, inclusive, sendo difícil encontrar informações de forma coesa, incluindo também a área de educação como campo de articulação, além da assistência social e da saúde, destacadas por nós aqui.

Almeida (2012), ao retratar o campo, concebe o conceito de:

[...] **hibridismo assistencial** para designar uma das principais características da rede asilar para deficiência: a fusão dos dispositivos do abrigo e do hospital psiquiátrico, verificando-se uma interligação entre as práticas de asilamento oriundas do campo da Assistência Social e da Saúde. (p. 85, grifo nosso)

E resgata a história das transferências de crianças a hospitais psiquiátricos na vida adulta, destacando que o movimento observado na história mais recente é de uma incorporação do hospital psiquiátrico a estas instituições de abrigamento.

Parece-nos que é o próprio hospital psiquiátrico que se deslocou para o interior dos abrigos assistenciais, fundindo-se estes dois dispositivos. As crianças e os adolescentes permanecem a vida inteira no interior destas unidades assistenciais híbridas. A este tipo de fusão estamos denominando de hibridismo assistencial pós-Reforma Psiquiátrica. (ALMEIDA, 2012, p. 87)

Almeida (2012) descreve o que seria uma “clientela residual, formada principalmente pelos quadros neurológicos e de deficiência mental” (p. 197), público que teria sido motivador desse deslocamento das tecnologias hospitalares para os abrigos sociais no momento posterior à Reforma Psiquiátrica. A autora descreve uma “rede asilar para crianças e adolescentes com deficiência” que se estabelece como “uma área de sombra” (p. 199), que não seria alcançada na ação de acompanhamento e avaliação no campo da Assistência Social.

Aqui, dialogamos com a autora para pensar que todas as realidades partilhadas por meio das narrativas vêm encontrar um todo à sombra, ainda que um todo diverso, mas na lógica desse residual. Claro que Almeida trabalha com uma população específica e que merece essa análise pormenorizada como fenômeno singular, todavia, essa pesquisa vem discutir sobre a produção manicomial a partir dos residuais e como esses abrigamentos trouxeram o aparato para dentro dos muros, sustentando, à sombra de um mecanismo de acompanhamento e avaliação, os manejos ainda manicomiais.

Almeida (2012), na circunscrição de sua pesquisa, destaca como elementos a fragmentação do cuidado e a situação de vulnerabilidade social, apontando para a ausência de programas e equipes para o apoio familiar das crianças e adolescentes. E aponta para um fator de enorme relevância: a dificuldade quanto à definição de critérios que façam distinção entre negligência e pobreza, por parte dos operadores sociais: “A questão social surge plena, interrogando as políticas de bem-estar social na sua função fracassada de apaziguamento das desigualdades sociais.” (p. 199) De certa forma, essa é uma questão que irá acompanhar as decisões por institucionalizações em muitos casos nas configurações diversas trabalhadas aqui, reveladora da articulação entre o manicomial-institucional e a desigualdade social no Brasil.

Importa-nos falar sobre a materialidade, a existência dessas instituições grandes e históricas, que se mantêm — inclusive na chave discursiva da boa vontade, seja na lógica da

filantropia ou com o apoio de convênios com o poder público — discussão importante porque o Estado acaba por se ausentar da prestação de serviço e dá espaço às instituições que funcionam no modelo médico, de cuidados com os corpos, na contramão do modelo social da deficiência referenciado nas normativas referentes.

A maioria das grandes instituições tinha um ambiente impessoal, lembrando hospitais ou mesmo centros de detenção. Em algumas instituições, portas e janelas tinham grades. As condições em instituições visitadas pela Human Rights Watch eram frequentemente desumanizantes. Em alguns casos, muitos adultos ou crianças que não partilhavam nenhum vínculo pessoal eram mantidos juntos em quartos, por vezes severamente lotados com até 32 pessoas. Além de ficarem confinados à instituição, muitas pessoas permaneciam em seus quartos ou camas durante a maior parte do dia, seja porque estavam presas às camas ou porque os funcionários não davam apoio para que as pessoas saíssem de suas camas. (HUMAN RIGHTS WATCH, 2018, p. 25)

E sim, há pessoas extremamente comprometidas com o trabalho, com a dedicação integral, com a boa vontade⁸⁹. A discussão se apresenta na abertura de diálogo sobre a noção de cuidado, sobre a vontade política de transformação na direção de combate à lógica manicomial.

A escolha pela assistência especializada e a aceitação desse modelo parecem revelar uma predileção pela tutela em detrimento de um cuidado em direção a uma vida autônoma e sem sequer garantir o mínimo de atenção qualificada. Ser cidadão, gozar de direitos parece distante enquanto a importância de uma vida suficiente basta na condição de estar limpo, vestido, alimentado e protegido como ideal. Um projeto de sociedade em que tutela se sobrepõe a cuidado com vistas à cidadania. Ainda que se diga especializada, é evidente a ausência de recursos, configurando serviços precários, com número insuficiente de profissionais para prestar atenção individualizada.

Nesse momento, talvez se faça importante lembrar do caso do homem que estava acolhido na comunidade terapêutica trazida na Narrativa 5, pois ali institucionalizado, Ronaldo, entre tantos homens cuja internação fora motivada por uma dependência química, sem qualquer olhar direcionado à sua demanda de saúde e social. Institucionalizado, com liberação judicial, sem poder sair. No entanto, em meio a toda a confusão, inadequação, ilegalidade, era presente, comunicativo, produzia encontros e formava vínculos, talvez investido pela diferença que despertava o olhar dos internos. Possibilidade que não podemos descrever para o outro rapaz com deficiências múltiplas, que, todavia, era tratado como

⁸⁹ Que indica uma discussão importante sobre os efeitos de um “fazer bem” quando ele ocupa as lacunas deixadas pela política pública, podendo operar na chave de subjugação do atendimento à noção individualista e capitalista do cuidado como satisfação pessoal.

singular na comunidade terapêutica, como não pudemos verificar em outras visitas a instituições especializadas.

Mesmo ali, a justificativa apresentada pela gestora da comunidade terapêutica foi semelhante: a dificuldade de lidar da família, a ausência de recursos necessários.

O relatório do HRW indica que um estudo do Conselho Nacional do Ministério Público constatou que “a falta de recursos materiais necessários para cuidados básicos, tratamento e serviços de saúde para filhos com deficiência” seria o motivo principal para a decisão de institucionalização, inclusive por parte do judiciário. (HUMAN RIGHTS WATCH, 2018, p. 58)

Fica uma discussão importante, uma pista, na verdade: as residências inclusivas⁹⁰ à margem das grandes instituições, assim como parecem estar as unidades de acolhimento à margem das comunidades terapêuticas e os serviços residenciais terapêuticos às margens de estruturas hospitalares.

5.6 Clínica privada: mulheres, classe e loucura

Quando pensamos o manicômio em sua imagem original, sabemos pelo uso institucional que em muitos casos era utilizado como depósito de mulheres que não se adequavam, que não obedeciam a normas, que ousavam existir para fora das bordas que eram esperadas para elas. Daniela Arbex (2013) revela histórias que por vezes queremos esquecer, mas que, infelizmente por isso, podem reproduzir-se pelo nosso esquecimento, esquecimento contra o qual ela luta ao registrar tanta história.

⁹⁰ Sobre as residências inclusivas:

“Cabe resgatar que o Conselho Nacional de Assistência Social – CNAS contemplou na Resolução nº 109/2009, que dispõe sobre a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais, a previsão do atendimento de jovens e adultos com deficiência em Residência Inclusiva, no rol dos Serviços de Acolhimento Institucional. E essa foi uma das metas previstas no Plano Nacional de Direitos da Pessoa com Deficiência – Plano Viver Sem Limite – Eixo Inclusão, lançado pela Presidenta da República Dilma Rousseff, em 17 de novembro de 2011 por meio do Decreto no. 7.612. A proposta de implantação de Residências Inclusivas se respalda em compromissos assumidos pelo Brasil, junto a Organização das Nações Unidas-ONU, ao ratificar, por meio do Decreto Legislativo nº 186, de 9 de julho de 2008 e Decreto no. 6.949, de 25 de agosto de 2009, a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, que contém recomendações específicas para acolhimento de pessoas com deficiência. Com base nessas referências, o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS construiu orientações técnicas, baseadas em consultorias especializadas e em diversos encontros nacionais e locais para o seu aprimoramento.” Disponível em: <https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/caderno_residencias_inclusivas_perguntas_respostas_maio2016.pdf>. Acesso em: 8 dez. 2022.

Entre os horrores registrados pela jornalista, Arbex descreve as mulheres que caminhavam em direção ao pavilhão “Assistência”, “despidas do passado, às vezes até mesmo da própria identidade” (p. 29):

Muitas ignoradas eram filhas de fazendeiros as quais haviam perdido a virgindade ou adotavam comportamento considerado inadequado para um Brasil, à época, dominado por coronéis e latifundiários. Esposas trocadas por amantes acabavam silenciadas pela internação no Colônia. (ARBEX, 2013, p. 30)

Se, por um lado, as fômas de enclausuramento de mulheres que não se adequam ou até mesmo de fato sofrem, adoecem, mudaram; estruturalmente, os dispositivos de retenção se mantêm. As mulheres já não podem mais ser deixadas ao esquecimento nas estruturas tradicionalmente segregadoras de uma vida, mas pensemos nas maneiras possíveis de controle pela forja de outras noções e práticas de administração dos corpos delas.

Porque o manicômio está (ainda presente) a serviço das opressões, consideramos imprescindível trazer uma narrativa sobre uma clínica em que a classe não opera diferença na justificativa de internação — opera na diferença de estrutura do serviço, sem dúvida, mas não impede a utilização da máquina manicomial, a afirmação se dá nesse sentido. Uma clínica privada para mulheres, em sua imensa maioria branca (aqui um entrecruzamento de classe, gênero e raça que organiza a que público se destina).

Queremos destacar que há diversas formas de manifestação da violência de gênero em cada uma das narrativas, mais ou menos explícitas, e que, indubitavelmente, as mulheres negras são afetadas de forma mais opressiva, violenta — como apresentaremos um pouco mais à frente nesta pesquisa. Todavia, antes de avançarmos, tragamos as palavras de Lélia Gonzalez, cujo trabalho e obra retratam corajosamente a discussão essencial sobre os impactos da divisão racial e sexual do trabalho que tem como efeito a discriminação, a partir da operação do racismo e do sexismo “enquanto fortes sustentáculos da ideologia de dominação” (GONZALEZ, 2020, p. 109). Como mulher negra, intelectual brasileira, militante, ela afirma:

A dimensão racial nos impõe uma inferiorização ainda maior, já que sofremos, como as outras mulheres, os efeitos da desigualdade sexual. Na verdade, ocupamos o polo oposto ao da dominação, representado pela figura do homem branco burguês. Por isso mesmo constituímos o setor mais oprimido e explorado da sociedade brasileira. (GONZALEZ, 2020, p. 109)

Assumindo essa correlação interseccional, trabalhada por tantas autoras importantes, inclusive Angela Davis (2016), a discussão colocada nesse momento vem levantar a questão de que a opressão também virá ocupar um lugar importante para as mulheres, ainda que em lugares de privilégio de classe e raça; ou seja, o manicômio como lógica institucional está a serviço da opressão das mulheres. Então, a clínica privada, dirigida ao atendimento da mulher

branca (privilégio de raça destacado⁹¹) que ainda ocupa privilégio de classe, explicita como seu serviço está a dispor do controle dos corpos das mulheres que não escapam aos efeitos de uma sociedade sexista e patriarcal, que ainda encontram o dispositivo manicomial disponível. O campo da loucura ainda como escudo-justificativa para o silenciamento das mulheres.

A fala de Cardoso, o gestor elegante, ao mesmo tempo revela a força misógina e o cinismo que a acompanha ao descrever o trabalho que realizam na clínica como algo da ordem da benevolência, já que, no geral, o público feminino não seria bem visto pela iniciativa privada e ali executavam de bom grado. Descreve as mulheres como “cricas”, “chatas”, “dão escândalo”, pondo como obstáculo a dificuldade de manejo diário com elas. Outra fala que expressa a articulação entre os homens no cenário manicomial ali representado é quando Cardoso coloca entre aspas no ar a palavra “voluntário”, deixando evidente que algumas mulheres são colocadas na clínica contra sua vontade, mas ameaçadas por seus companheiros — voluntariedade não poderia ser coação e, ainda que não se apresentasse como regra, Cardoso deixa claro que a prática acontece corriqueiramente.

Como nos lembra Schwarcz, a misoginia e a história do Brasil caminham juntas de longa data e ainda há muito a ser percorrido:

A misoginia se manifesta de muitas formas que vão desde a exclusão social até a violência de gênero. Ela aparece retratada igualmente na antiga formação patriarcal de nossa sociedade, a qual carrega, até a atualidade, a certeza do privilégio masculino, a banalização da violência contra a mulher e a tentativa de sua objetificação sexual. Essas são raízes compactas do nosso autoritarismo, que sempre trouxe consigo uma notória correlação com a questão de gênero. As mulheres deveriam atuar como “princesas”, obedecendo e se subordinando aos maridos, enquanto os homens são eternos “príncipes”, cientes de seu domínio e autoridade (e, mais uma vez, não há apenas coincidência com nossos tempos atuais). (SCHWARCZ, 2019, p. 186)

Tal realidade não aparece apenas na fala de Cardoso, mas dialoga com os momentos anteriores à conversa com ele, quando, ao apresentar o espaço, por exemplo, a funcionária mostra os cômodos que guardam roupas e outros itens para as mulheres que chegam desavisadas de seu destino, realidade que ela relata sem nenhuma crítica de que isso não seria uma prática aceitável, afinal.

Ainda segundo Schwarcz, a agressão às mulheres não é entendida como desvio numa sociedade que a pratica como hábito, é naturalizada porque não se enfrentam os valores “paternalistas, machistas e heteronormativos predominantes e intocados no decorrer da sua história” (2019, p. 185). Assim, a violência contra a mulher é naturalizada na “rotinização” do

⁹¹ Aqui, trata-se de contextualizar como operam as categorias, ressaltando que a interseccionalidade não considera uma hierarquia entre elas, mas sim a composição em situação: como se operacionaliza a articulação das categorias dado o contexto de opressão.

comportamento masculino; e, por consequência, naturalizada para todos e todas que não fazem passagem à crítica de tal norma.

Toledo (2019), ao discutir o uso da psicocirurgia na história do Hospital Psiquiátrico do Juquery, onde havia intensa internação e uso em demasia da intervenção cirúrgica, verifica, a partir de minucioso estudo de documentos (dossiês médicos), que questões de gênero permearam a utilização da terapêutica, verificando um nível de tolerância diferenciado para padrões mesmos de comportamentos entre homens e mulheres e o uso sistemático expressamente hegemônico no corpo de mulheres.

As diferentes motivações de internações trazidas na análise dos casos com os quais a pesquisadora trabalha trazem questões que se relacionam com o que verificamos na fala de Cardoso como conteúdo persistente. Ela relata (o período sobre o qual a pesquisa trata é 1936-1956) sobre o desinteresse pelas atividades domésticas, pelos deveres de esposa e de mãe e a descrição da desobediência. Num dos documentos, a paciente é descrita com “gênio exaltado”, “muito nervosa” (TOLEDO, 2019, p. 218).

Tomemos como outro exemplo a presença da pergunta sobre os parceiros sexuais no formulário de entrada. Tal informação, simplesmente elencada entre outras num formulário preenchido por familiares que estão demandando a internação, parece servir apenas ao propósito de formatação de um perfil moral de comportamento. Como o controle sobre o comportamento sexual das mulheres é naturalizado, dificilmente alguém fará uma questão sobre a existência de tal pergunta, que pode ser tomada de “inocente” a “necessária ao tratamento”.

Toledo (2019) retoma historicamente a importância dada ao comportamento sexual das mulheres no Hospital do Juquery e relata: “Jovens moças cuja sexualidade era considerada desviante ou anormal também acabaram por ser lobotomizadas” (p. 216). Em sua tese, a pesquisadora faz uma análise comparativa de descrições de comportamentos sexuais similares, cujo impacto moral tinha como efeito a intervenção cirúrgica sobre as mulheres.

A pesquisadora trabalha com densidade sobre histórias registradas; dentre elas destaca a história de uma paciente de 24 anos descrita como não “donzela”, que não teria pudores com as relações sexuais, “deflorada” aos seis anos de idade, “nervosa”, “mau comportamento”, é diagnosticada como “psicopata amoral” e segue para três intervenções de “leucotomia” (lobotomia) (TOLEDO, 2019, p. 223). A questão da moralidade como central na cena diagnóstica e de prognóstica. E ainda que tenhamos avançado socialmente, as questões da implicação de gênero e saúde mental seguem como desafio às políticas e práticas que queremos construir.

Como destaca Passos, a sociabilidade burguesa, ao apropriar-se da divisão social e sexual do trabalho, impõe a “indissociabilidade entre os homens e a esfera de produção e as mulheres e a esfera da reprodução” (PASSOS, 2018, p. 17), e, nesse sentido, a sexualidade da mulher sempre emerge como foco de interesse de controle e opressão.

Ao discutir os limites da democracia no Brasil, Biroli (2018) traz a pauta de gênero e desigualdades, provocando-nos a refletir sobre a liberdade no exercício da sexualidade. A autora considera central a pauta das decisões das mulheres como prioridade no debate. Ela evidencia como opressão “controles e violências praticados no âmbito familiar”, como um problema não só das mulheres, mas como problema das sociedades democráticas. Nessa perspectiva, destaca a tessitura de séculos dos padrões de referência da normalidade construídas pelas ciências médicas pela saúde coletiva, pela população em conjunto com os discursos de verdade nas perspectivas religiosas — por isso, a Laicidade do Estado como essencial e central. Assim, a sexualidade está em jogo numa visão normatizadora do comportamento da mulher:

O comportamento “desviante” das mulheres – ao terminar um relacionamento, assumir um comportamento afetivo e sexual mais autônomo e mesmo ao vestir-se de maneiras consideradas indecorosas – as expõe a agressões. (BIROLI, 2018, p. 166)

Rubin (2017) — antropóloga americana com quem Biroli dialoga — trabalha com a noção de um sistema hierárquico de valor sexual nas sociedades ocidentais modernas a partir de critérios de avaliação dos atos sexuais, que tem como elementos constitutivos os campos religioso, psiquiátrico e popular. Tal sistema considera classes sexuais mais desprezadas⁹² e um topo que recebe um “reconhecimento de saúde mental” (p. 83). Assim, a medicina e a psiquiatria entram em campo para a classificação de “categorias de comportamentos sexuais inapropriados” (p. 84) e pela cultura popular “a variedade erótica é perigosa, doentia, depravada e uma ameaça a tudo que existe” (p. 84 e 85). A violação dos valores que sustentam a hierarquia é vista, portanto, como “má”, “anormal” ou “antinatural” (p. 85).

Ainda que de forma concisa, era preciso elaborar sobre o emergente que as perguntas sobre a sexualidade de uma entrada de internação podiam revelar enquanto ideologia de opressão, inclusive porque dirigidas a terceiros com o interesse da ação — mesmo a natureza sendo de uma internação voluntária na maioria dos casos.

Assim, seguimos pensando o cinismo em cena nessa Narrativa, mas não exclusiva dela. Talvez, por habitar um lócus de violência de gênero, isso esteja num campo mais visível,

⁹² Tanto Rubin quanto Biroli aprofundam o debate dos efeitos da sexualidade para grupos LGBT e diversas formas de opressão aos quais os grupos são submetidos. Debate de fundamental importância que não entrou como objeto de análise, mas que está presente no campo de relevância para a discussão aqui levantada. Para aprofundar, recomendamos as autoras.

mas não exclusivo, certamente. No discurso apresentado, não há qualquer problema, por exemplo, em afirmar um planejamento de “*rehab*” (reabilitação) e não apresentar práticas efetivas que façam parte do cotidiano da clínica. Não há qualquer constrangimento em afirmar que a clínica opera com internações voluntárias ao mesmo tempo que os cartões de duas empresas que fazem “remoção 24 horas” residem na mesa da gestão do serviço. Não há qualquer problema em apresentar discurso de internação voluntária e o formulário de entrada ser destinado explicitamente a terceiros (que começava com “Prezados familiares, bem-vindos ao programa...”).

Cardoso não tem problemas em afirmar que “nem sempre o caráter voluntário é voluntário mesmo.” Cardoso manifesta como regra o que discutimos nessa pesquisa: o manicômio existindo onde não classificamos como manicômio. Sua clínica, que ele chama de comunidade terapêutica para os fins de fluidez de sua existência — como discutido anteriormente em tantos casos —, mais se parece com uma estrutura hospitalar, só que mais econômica. As contradições são apresentadas sem embaraço.

E aqui é importante trazer sobre a realidade emergida na Narrativa 8, que vem discutir expressamente a questão da voluntariedade. Importante, já que focamos a questão de gênero, poder pensar que, nessa comunidade terapêutica retratada, que era destinada apenas a mulheres, a declaração de voluntariedade vinha acompanhada de um condicional “consentimento” de um terceiro. Novamente explicitada a presença de um terceiro como responsável na internação das mulheres, e não como uma repetição ao acaso.

Em 11 de novembro de 2022, na véspera de conclusão desta pesquisa, a internação de uma mulher branca foi noticiada com a descrição de toda sorte de semelhanças com a discussão presente.⁹³ Helena⁹⁴ fora retirada de sua casa por enfermeiros e uma médica, onde morava com filhas e o marido, tiraram-lhe o celular, disseram que iria ou por bem ou por mal, a psiquiatra deu o aval com o diagnóstico de transtorno de bipolaridade — uma médica, amiga da família, a pedido do marido, empresário. Helena ficou 21 dias numa clínica para dependentes químicos.

Helena namorava o marido desde os 17 anos e já havia pedido o divórcio em 2002, pela primeira vez. Um mês antes de ser internada, em 28 de setembro de 2019, havia pedido a separação novamente. Escutou argumentos de que estaria possuída, de que aquilo que seria efeito de uma macumba (a misoginia aliada ao racismo). Ficou internada, com ainda mais

⁹³ Disponível em: <<https://tab.uol.com.br/noticias/redacao/2022/11/11/espera-cruel-internada-contra-a-vontade-pelo-ex-escritora-cobra-justica.htm>>. Acesso em: 19 nov. 2022.

⁹⁴ Nome correspondente, publicizado na reportagem da UOL.

dois laudos médicos, além do primeiro, numa clínica de luxo no Rio de Janeiro, com custas diárias de R\$1.000,00. Conta que resistiu aos medicamentos sedativos para não ser dopada e que não conseguia acesso ao médico nos primeiros dias. Ainda que pedisse à família que fosse retirada dali, foi mantida sem contato com outras pessoas, tendo o lançamento de um livro seu adiado, sem que as pessoas soubessem seu paradeiro.

Helena conseguiu sua alta, mediante um advogado, apenas depois de contar com a ajuda de um acompanhante de uma outra paciente, que teria levado um bilhete seu dentro do sapato, no qual Helena contava sobre seu internamento involuntário ao namorado e a algumas amigas. Ao sair, ela registrou um boletim de ocorrência, foi instaurado um inquérito policial e conseguiu o divórcio (em dezembro de 2019). Foram indiciados os responsáveis e o processo ainda corre sob sigilo.

O caso de Helena, noticiado, publicizado, vem dialogar com uma prática que não pode ser considerada como caso isolado, mas de uma realidade que se reproduz comumente, à sombra.

Voltando à esteira das contradições, temos aqui uma questão absolutamente pertinente: sobre a (não) regulação no processo de ingresso nessas instituições de internação.

Pensemos, então: essa clínica se apresenta como uma comunidade terapêutica (sua natureza), certo? No entanto, ainda que tenha um caráter de internação voluntária para pessoas em sofrimento pelo uso de álcool e drogas, ela conta com uma equipe, que inclui psiquiatra e psicólogas para avaliação diagnóstica que irá justificar a internação (inclusive inclui a venda casada com alguns testes psicológicos aplicados por profissionais parceiros da clínica).

Além de escancarar que atua também na contradição de sua natureza (pois a avaliação diagnóstica serve a diferentes demandas de saúde mental, independente do uso de álcool e/ou drogas), isso explicita os interesses lucrativos. Mas a confusão não cessa aqui, pois, ainda que abra vagas para internação de mulheres por questões de “transtornos mentais”, quem realiza a avaliação que sustenta a internação é o próprio negócio. Tem-se um empreendimento lucrativo em saúde no qual o empreendedor aceita as demandas que procuram, podendo justificar a legitimação da manutenção de sua própria renda num esquema “eu interno, eu decido se precisa de internação com minha própria equipe e parceiros e eu indico o momento de alta, no melhor esquema fazemos tudo aqui mesmo.” Assim, a reclusão de mulheres se consolida como mercadoria.

Tem um conflito importante (este, nada contraditório) em que a necessidade de atenção em saúde pode ser prejudicada pela condição de que a avaliação da necessidade do serviço fica a cargo do serviço que irá rentabilizar a partir dele. Obviamente não estamos

habitando um campo de discussão novo, em que pese a existência dessa problemática na discussão sobre a atenção em saúde privada *versus* a pública e os interesses do interesse privado estão em jogo na disputa. Todavia, queremos destacar a gravidade desse cenário quando falamos de mercado e livre concorrência ao lidar com situações de privação de liberdade.

No sentido da discussão de classe, é interessante pensar que a psiquiatrização da vida não deixa escapar classes mais altas, onde inclusive há menos fiscalização. Assim, internar acaba sendo apenas uma escolha da família e da empresa. Como há de se garantir direitos aqui? Nesse sentido, a relevância de promover a articulação com as políticas públicas de saúde territorializadas e a presente fiscalização dos órgãos competentes com a finalidade de minimamente tensionar esse campo até que avancemos mais na perspectiva de atendimento.

No entanto, devemos assumir que também essa saída opera num campo idealizado pela sobrecarga de tarefa tanto no SUS quanto no Sistema de Justiça e outros órgãos fiscalizadores, havendo um número muito expressivo de instituições e serviços que funcionam à sombra das possibilidades reais de parcerias e fiscalizações. Nesse sentido, quanto mais representativo de classe privilegiada, mais distante do controle público, que acaba por adentrar a cena, no geral, por denúncias realizadas, como foi o caso desta clínica. Parece que quanto maior o poder aquisitivo, mais distante da Lei e da fiscalização dela: para quem ocupa um privilégio de classe, no caso das mulheres, a internação parece se apresentar como um privilégio às avessas.

Como foi discutido anteriormente, por exemplo, no caso das ILPIs, parece importante interrogar sobre os fluxos nas situações em que há recursos financeiros em jogo: a incidência de busca de internações por transtornos mentais em ILPIs mais caras será mais difícil, pois estarão disponíveis clínicas particulares especializadas por valores parecidos e, talvez, ao olhar das famílias, mais adequadas. No geral, as pessoas em sofrimento mental encontravam-se em ILPIs apenas quando essas apresentavam preços bastante acessíveis e variados para públicos mais vulneráveis.

Lembremos que se há interesse de busca por serviços para internação e isso envolve rentabilidade, a saúde será tratada como mercadoria, e, portanto, a liberdade também. No caso, torcer as noções seria importante, o gênero inverte essa relação mercadológica onde se negocia o cerceamento de liberdade, a submissão.

Antes de finalizarmos essa discussão, retomemos as reflexões de Passos (2018) sobre a divisão desigual “sócio-sexual do trabalho”, para pensarmos, ainda que brevemente, sobre o papel da mulher trabalhadora.

A autora destaca que à mulher cabe, no campo produtivo, a esfera do cuidado, invisibilizado, desvalorizado, que antes ficaria circunscrito ao âmbito familiar servil, aspecto a ser reproduzido na esfera produtiva que acompanha o preconceito dessa história de subalternidade. Assim, a mulher vai sendo inserida como aquela que domina o saber fazer do cuidado, aquela que cuida das necessidades de subsistência humana. Assim, Passos discute a inserção da mulher como mão de obra central no campo da saúde mental, noção que desenvolve como “*care*”, que emerge como “uma acentuada opressão de classe, gênero e raça/etnia” (PASSOS, 2018, p. 13).

É importante destacar sobre tal fenômeno em que as mulheres cumprem a função de cuidado no campo do trabalho em saúde mental, ainda também como reverberação de uma lógica de controle e manutenção das desigualdades em que as trabalhadoras também servem a posições que cumprem função de opressão. Isso não aparece como foco de partilha nas Narrativas, mas está presente em todos os serviços descritos, sem exceção.

Passos (2018), ao debruçar-se sobre a temática de trabalho, gênero e saúde mental, considera a incorporação de cuidadoras que serviam de pilares no desmonte de hospitais no processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira sem a criticidade necessária quanto a isso. Assim, a absorção dessas trabalhadoras não foge ao processo de mercantilização via setor de serviço, havendo um deslocamento do “*care*” antes praticado de forma gratuita no âmbito doméstico e que será sustentado “pela privatização e terceirização dos dispositivos de atenção social” (p. 19).

A autora destaca que, no caso do Brasil, as expressões dessa incorporação não deixarão de estar vinculadas à história escravocrata e racista, que marcará a desigualdade de classe e de raça — como pudemos verificar nesses anos de visita a tantas diversas instituições. Passos, afirma:

Através dos dados provenientes do IBGE e da pesquisa empírica, afirmamos que são as mulheres negras, sem formação e das camadas subalternas que efetuam o trabalho de *care* no cenário brasileiro. (PASSOS, 2018, p. 19)

Precisamos, portanto, considerar a questão das “cuidadoras” inseridas nos contextos abrangidos na pesquisa, sobretudo na atenção à pessoa idosa, ainda cenário de disputas, inclusive no que é concernente à formação e regulamentação dessa atuação, como problematiza o estudo de Passos.

A partir da autora, podemos pensar sobre a dinâmica institucional do trabalho doméstico expressa na Narrativa 8 (a comunidade terapêutica destinada a mulheres), pois ali, num serviço menos estruturado, menos rentável, a garantia de funcionamento e manutenção

do trabalho doméstico ficava a cargo das mulheres, sem qualquer preocupação em inserir profissionais para a limpeza, alimentação, cuidados básicos. Quase como uma precarização naturalizada, como que uma contratação indispensável, nunca vista nos anos de visita nos serviços destinados ao público masculino. Diferente da situação encontrada na clínica privada em que as mulheres majoritariamente brancas são dispensadas dessa pseudolaborterapia.

Postas estas questões, avancemos aqui na descrição de um manicomial presente na clínica visitada, que nos lembra as tradições manicomiais, não à toa, mas sim porque primeiro com as mulheres parece que a violação de direitos não exige a mesma camuflagem e segundo porque na esfera privada (perfil atendido de classe mais alta) não se espera a fiscalização de órgãos competentes, já que no campo do privado, a autorização é dada de saída.

Enfim, ainda o manicômio quando o discurso institucional afirma com tranquilidade que a divisão de quartos não se pode realizar por escolha das mulheres, justificado assim: as afinidades trazem mais trabalho ao cotidiano institucional — inclusive porque mulheres unidas e organizadas podem assustar bastante. Aqui, a evidência de que o funcionamento institucional está acima de qualquer projeto individual singular de atenção em saúde revela uma dimensão em que, como sujeitos, na verdade, pouco importam.

Na mesma trilha da supremacia do funcionamento institucional, a punição para a quebra de regras: retirada do contato familiar. Se o processo de cuidado não deveria prescindir dos vínculos familiares, sabidamente tão relevantes e fundamentais na descrita etapa de “ressocialização”, fica explícito que tal punição serve à instituição e a sua organização diária — a importância das regras e do controle —, assim, o que seria importante na perspectiva singular de cuidado é colocado noutro plano. O vínculo familiar passa de elemento fundamental do tratamento para ferramenta punitiva a favor do controle institucional (passa como argumento, pois, na prática, em determinadas realidades, nunca deixou de ser).

E a alienação de sentido se mostra inclusive na indiscriminação de peso quanto às regras quebradas — emprestar ou roubar têm a mesma punição.

O desfile de manicomialidades continua: cadeados nas portas, quartos trancados com a finalidade de “incentivar” a participação em oficinas e rodas, os medicamentos como ferramenta de controle patente, a ênfase na enfermaria destacada do restante do espaço de convivência com controle de entrada e saída e permanência forçada, as distâncias territoriais alargadas no esgarçamento dos vínculos territoriais.

Na recusa de participação das atividades, uma repetição constante nos diversos espaços de abrigo e internação, a manifestação da ausência de sentido. As oficinas onde não se tecem significados entre o singular e o coletivo, as rodas de conversa em que habitam

os monólogos dogmatizadores ou o silêncio de renúncia, quase como atividades de despropósito terapêutico.

Nesse sentido, Daniele, a mulher internada, que era mãe, e estava ali, ela sim, voluntariamente, apostando num processo de cuidado, é porta-voz do silenciamento que o formato produz. Na cena do suco que é impedida de buscar, porque são as regras, na impossibilidade de pernoitar no quarto, porque são as regras, na fala lentificada porque medicalizada — e a regra para os primeiros dias é a medicação compulsória.

Por fim, sobre essa experiência, a internação de adolescentes meninas. Motivo pelo qual essa visita foi ensejada, já que havia uma denúncia importante sobre a violação de direitos diversos de uma menina que ficara internada ali por um longo período, apartada de família, de escola, de comunidade, de pares, além de, pela denúncia, estar excessivamente medicalizada (contexto da Narrativa 6).

Sobre esse caso, havia um histórico de conflito familiar que atravessava a justificativa nada esclarecedora sobre a internação e sua longa duração. Uma história que habitava um limbo entre questões com o uso de drogas, questões de abandono (com um processo de guarda confuso), questões judiciais, um caso que exigiria a rede de proteção prevista pelo Estatuto da Criança e do Adolescente e que cai num lugar de ausência de articulação da rede de proteção, ocorrendo a atuação individualizada de atores com a entrada da iniciativa privada na resolução.

Compõe a discussão trazida anteriormente sobre a internação de adolescentes no bojo das comunidades terapêuticas e como tais vias são utilizadas nos casos em que se entrecruzam pautas da saúde, da assistência social, da educação e do sistema de justiça — pelo menos —, ficando a certeza de que o sistema como um todo só pode operar de maneira protetiva se articulado aos fazeres dos órgãos responsáveis.

5.7 A Tutela como prioridade

Na esteira da tutela, o explícito se apresenta quando falamos de loucura e delito.

Um inédito levantamento censitário foi realizado no ano de 2011, a partir de um termo de convênio entre o Departamento Penitenciário Nacional (Depen), do Ministério da Justiça (responsável pela gestão) e Anis – Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero, com a coordenação de Débora Diniz. Com intuito de promoção de políticas públicas voltadas a essa população, foi a primeira iniciativa com finalidade de verificar o perfil socioeconômico, os

diagnósticos e “as trajetórias penais e os itinerários penais” (p. 11) das pessoas que estavam internadas no que são os Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (ECTPs)⁹⁵ (DINIZ, 2013). O censo foi publicado em 2013 e considerou visita a 26 instituições

Diniz aponta para a dificuldade do “planejamento e aperfeiçoamento das políticas penitenciárias e de assistência em saúde mental voltadas à população em medida de segurança”⁹⁶ (DINIZ, 2013, p. 11) pelo desconhecimento desse perfil populacional espalhado pelos equipamentos do Brasil.

No ano de 2011 também houve a iniciativa do Ministério Público Federal (MPF) junto à Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (PFDC), que elaboraram o “Parecer sobre Medidas de Segurança e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico sob a perspectiva da Lei Nº 10.216/2001”. O documento reconhece as complexidades postas no campo das medidas de segurança no Brasil, situando historicamente sua origem pela aproximação entre o surgimento das prisões e da psiquiatria.⁹⁷ O HCTP, portanto, apresenta uma natureza ambígua:

[...] estabelecimentos tidos como centros de tratamento de pessoas com transtornos mentais que em razão do transtorno, tenham praticado algum tipo de ilícito penal, apesar de intitulados como “hospitais”, não se encontram inseridos no sistema de saúde, mas sim na estrutura do sistema prisional. (MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, 2011, p. 29)

Temos um desafio colocado por tal complexidade que será como abarcar na política de saúde mental libertária e inventiva da vida a questão do sofrimento quando este é enquadrado na perspectiva loucura-delito-perigo. Como incluir loucos infratores na perspectiva de cuidado, quando historicamente ainda se sustenta a intervenção punitiva?

Diniz (2013) convoca à reflexão e à incorporação da pauta no avanço da Reforma Psiquiátrica:

Os hospitais para loucos infratores resistiram à Reforma Psiquiátrica; alguns foram, inclusive, inaugurados após a Lei 10.216 de 2001, ocasião em que houve uma reorientação do cuidado da loucura — do modelo asilar para o ambulatorial (Brasil, 2001). Ainda há pessoas internadas em regime de abandono perpétuo: trinta anos é o limite da pena a ser imposta pelo Estado aos indivíduos imputáveis, segundo decisão

⁹⁵ ECTPs são Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs) ou Alas de Tratamento Psiquiátrico (ATPs) localizadas em presídios ou penitenciárias. As medidas de segurança podem ocorrer ou não em restrição de liberdade, mas em ambos os casos são acompanhadas pelos HCTPs e pelas ATPs. Antes eram as instituições inicialmente denominadas de manicômios judiciários que foram criadas no Brasil na década de 1920. (DINIZ, 2013)

⁹⁶ “Entre as pessoas que cometem crimes no Brasil, há aquelas que são inimputáveis em razão de doença ou deficiência mental. Essas pessoas não recebem uma pena, mas são submetidas a tratamento psiquiátrico obrigatório em cumprimento de uma medida de segurança. O cumprimento das medidas de segurança ocorre em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs) ou em Alas de Tratamento Psiquiátrico (ATPs) localizadas em presídios ou penitenciárias.” (DINIZ, 2013, p. 11)

⁹⁷ Para história dos modelos — entre Manicômio Judiciário e Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico — no Brasil, ver estudos de Carrara (1998) e Mamede (2006).

do Supremo Tribunal Federal (Brasil, 2005). Entretanto, o censo encontrou dezoito indivíduos internados em hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico há mais de trinta anos. Jovens, eles atravessaram os muros de um dos regimes mais cruéis de aparação social. Idosos, eles agora esperam que o Estado os corporifique para além dos números aqui apresentados e reconheça-os como indivíduos singulares com necessidades existenciais ignoradas em vários domínios da vida. (DINIZ, 2013, p. 13)

Ela aponta para uma população invisível, um contingente à época de 3.989 pessoas, entre homens e mulheres internados ou em HCTPs ou em alas psiquiátricas de presídios e afirma sem vacilar que tal invisibilidade não foi rompida com as conquistas reformistas, apontando para a exclusão de um grupo de indivíduos em sofrimento mental (DINIZ, 2013).

Entre os dados do censo, ainda encontrou a realidade aviltante das internações injustificadas:

O censo encontrou algo muito mais atroz: pelo menos um em cada quatro indivíduos não deveria estar internado; e para um terço deles não sabemos se a internação é justificada. Ou seja, para 1.866 pessoas (47%), a internação não se fundamenta por critérios legais e psiquiátricos. São indivíduos cujo direito a estar no mundo vem sendo cotidianamente violado. (DINIZ, 2013, p. 17)

O achado do levantamento nos faz questionar, afinal, a serviço do que os manicômios legitimados ainda estão a operar (e aqui o uso da palavra manicômio como provocação ao lugar ainda ocupado como instituição total a serviço do controle e do cerceamento de liberdade costurado a um projeto de sociedade que pulsa)?

Então, dialogando com a narrativa, temos um emergente: a tutela expressa como prioridade, o cuidado secundarizado, mas na verdade negligenciado. As mulheres colocadas como as realmente loucas perigosas (apenas nessa “ala” foi colocado o risco de adentrarmos), a nomeação dos “crônicos” na tradução dos casos que não merecem investimento efetivo, as vagas que com o passar dos anos se colocam ociosas sendo usadas de forma racializada (nada novo no horizonte, adiante pretendemos discutir um pouco mais, inclusive com a conclusão que Diniz traz), pois o público a ocupar tais vagas apresentam o perfil-alvo das instituições que encarceram: população negra, masculina, pobre sob o guarda-chuva do uso de drogas — neste caso associado ao sofrimento mental, mas nada que pudemos verificar como criterioso.

Ampliando, ao pensar o objeto de pesquisa, a tutela como importância em si, aquela mesma que vemos expressa nos serviços descritos até aqui, onde fica explícito que a proteção como integridade física fica à frente de qualquer importância de autonomia; está expresso na repetida indiferença quanto às previstas concordâncias de ingresso, seja a anuência do idoso para ILPI prevista em estatuto, seja a questão de internação voluntária nas comunidades terapêuticas prevista na resolução que parametriza, por exemplo. A “anuência” pouco importa

se o discurso da tutela entra em jogo como o cuidado esperado socialmente. Se isso se dá numa esfera cível, verificamos aqui a força que manifesta na esfera criminal.

O crime associado à loucura se apresenta como limite no imaginário do que vem a ser perigo. Então é possível compreender o argumento que institui o hospital de custódia e tratamento psiquiátrico e acompanhar o que obstaculiza a inclusão na pauta da saúde como protagonista: aqui estarão internados até que seja cessada a periculosidade. Ou seja, quando o louco não mais for perigoso, ele poderá voltar a conviver em sociedade e ter como primazia de intervenção o cuidado.

A questão da periculosidade em si é desafiadora, sobretudo porque ocupa lugar emblemático de disputa entre visões e projetos de mundo. Aqui tomaremos a perspectiva da antropóloga, que assume a noção como dispositivo de poder, que ela relaciona inclusive com uma seletividade do sistema:

Não há evidências científicas na literatura internacional que sustentem a periculosidade de um indivíduo como uma condição vinculada à classificação psiquiátrica para o sofrimento mental. **Periculosidade é um dispositivo de poder e de controle dos indivíduos, um conceito em permanente disputa entre os saberes penais e psiquiátricos.** É em torno desse dispositivo, no meu entender antes moral que orgânico ou penal, que o principal resultado do censo se anuncia. Diagnóstico psiquiátrico e tipo de infração penal não andam juntos: indivíduos com diferentes diagnósticos cometem as mesmas infrações. Há uma concentração de pessoas com esquizofrenia nos estabelecimentos, o que pode representar antes uma seletividade no sistema custodial psiquiátrico que uma evidência da periculosidade desse subgrupo. (DINIZ, 2013, p. 15, grifo nosso)

O documento elaborado na ação conjunta entre o MPF e a PFDC reconhece os avanços da Lei 10.216/2001 no sentido de dignidade, mas também reconhece que a noção de periculosidade obstaculiza o enfrentamento da violência, da intolerância e da humilhação. Chama nossa atenção para o valor inócuo da lei sem a implementação de políticas públicas de saúde mental que venham afirmar as normas garantidas. Reafirma sobre a inconsistência do argumento de periculosidade, ainda que reconheça o terreno espinhoso que acompanha essa discussão, e pauta-se na manifestação da Organização Mundial da Saúde sobre o engano intolerante da associação entre transtornos mentais e perigo e sobre o equívoco na associação do tratamento de saúde em estabelecimentos prisionais (MPF/PFDC, 2011, p. 59 e 60).

Pensar a manutenção do discurso baseado na periculosidade é pensar a manutenção da existência do HCTP como demanda indispensável. Não coincidentemente, esse público fica de fora das ações de desinstitucionalização da Reforma Psiquiátrica, afinal. Ficam de fora porque perigosos, sem que haja um debruçamento crítico sobre quem são essas pessoas e não havia estudo sobre o perfil delas.

Também é preciso levar em consideração que esse seria um tensionamento bastante dispendioso, que talvez enfraquecesse a possibilidade de avanço na discussão de fechamento das instituições manicomiais clássicas, é preciso refletir sobre. Quase como um sacrifício, em nome da soltura dos demais, estes poucos, realmente perigosos, manteremos presos e não se fala disso.

Obviamente não se trata de romantizar a loucura, nem de desconsiderar os riscos que podem estar circunscritos nas situações de sofrimento em que não exista o cuidado e a assistência necessária, haja debate. Mas também não devemos ignorar o sofrimento daqueles que foram esquecidos, cujos direitos de serem sonhados num projeto político de saúde mental foi negado, pois aos loucos infratores, ainda se destina a exclusão incisiva, a segregação legitimada: “Tais instituições configuram-se como espaços de estigmatização e obscuridade” (CORREIA; LIMA; ALVES, 2007, p. 1996)

Nesse sentido, há um campo de direitos que devem ser problematizados. Por que afinal o louco perigoso deveria receber como sentença prisão perpétua enquanto o criminoso convencional está resguardado por um código penal que prevê os fins de cumprimento de medida?

Com a Reforma Penal de 1984, a culpabilidade passa a ser fundamento de pena, assim, se o criminoso estará alienado de capacidade de ser culpabilizado, resta-lhe a aplicação de uma medida de segurança pela sua classificação de inimputável, que teoricamente teria a natureza preventiva e não punitiva. Obrigatório, então, passa a ser o tratamento psiquiátrico: “Assim, conceitos de culpabilidade, de imputabilidade e periculosidade emergem plasmando a terminologia jurídica à da Psiquiatria.” (CORREIA; LIMA; ALVEZ, 2007, p. 1997)

Nessa compreensão, reside uma barreira de liberdade, pois, ao articular o término da medida de segurança a uma possível estabilização de um quadro patológico diagnosticado de forma a garantir o não perigo à sociedade, tem-se como efeito a perpetuação da restrição de ir e vir, numa indeterminação sem fim:

Baseando-se, portanto, no potencial de periculosidade do infrator, a medida de segurança possibilita uma segregação indeterminada, pois se o laudo psiquiátrico concluir que não cessou a periculosidade do paciente, este deverá permanecer internado. Resta ao juiz da Vara de Execução Penal acatar esta circunstância de caráter médico-psiquiátrico. A medida de segurança configura, para o interno, a falta de perspectiva do seu retorno ao convívio comunitário. Este potencial rompimento dos laços sócio-familiares constitui uma das dimensões pelas quais os direitos humanos repelem a indeterminação do tempo de internação no HCTP. (CORREIA; LIMA; ALVES, 2007, p. 1998)

É exatamente no contexto desse tensionamento que ocorre a inserção da visita do NAT ao HCTP no ano de 2014, pois no final de 2013 foi publicado um indulto oficial⁹⁸ que concedia a liberação de pessoas no sistema carcerário, cuja concessão abrangia a liberdade aos loucos infratores que estivessem reclusos pelo mesmo tempo ou mais ao comparar o tempo de pena de pessoas no sistema carcerário que tivessem sido julgadas pelos mesmos delitos. Ou seja, se uma pessoa foi julgada e teve como pena o máximo pelo delito por 20 anos, o louco infrator que estivesse em medida de segurança pelo mesmo delito, já institucionalizado por 20 anos ou mais, deveria ser liberto.

Inclusive no Censo realizado em 2011, Diniz (2013) aponta para o fato de que havia “606 indivíduos internados há mais tempo do que a pena máxima em abstrato para a infração cometida”, totalizando “21% da população em medida de segurança no país” (p. 14).

Consideremos que o ano de 2011 foi movimentado por órgãos de gestão pública, organização social de direitos humanos e órgãos de garantia de direitos. Todo o olhar para a realidade dentro dos HCTPs era recente e parece se relacionar articuladamente com a concessão dos indultos. Todavia, o decreto despertou compreensões contraditórias, provocando o diálogo entre o sistema de justiça, o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico e as possíveis redes de saúde de cada território que iriam receber essas pessoas que pela concessão gozariam de liberdade a partir da execução do previsto no decreto.

Aqui é importante dizer que houve preocupação por parte de muitos atores envolvidos, inclusive alguns profissionais do próprio HCTP que estavam às voltas com como seriam recebidas essas pessoas ao serem desinstitucionalizadas, suscetíveis também ao encontro de sentimentos de vingança, de revanche, de justiça individual, pois, dentre aqueles que foram indultados, havia também aqueles “loucos criminosos” demasiadamente noticiados pela mídia.

Muito importante perceber o cuidado dos profissionais de saúde envolvidos com essa população, pensando efetivamente o perigo que na verdade essas pessoas poderiam ter de enfrentar ou serem submetidas com a cessação da medida de segurança, que efetivamente se

⁹⁸ Trata-se do Decreto nº 8.172, de 24 de dezembro de 2013, que “Concede indulto natalino e comutação de penas, e dá outras providências.” O trecho que concede o indulto em questão segue abaixo: “XII - submetidas a medida de segurança, que, até 25 de dezembro de 2013, independentemente da cessação de periculosidade, tenham suportado privação da liberdade, internação ou tratamento ambulatorial por período igual ou superior ao máximo da pena cominada à infração penal correspondente à conduta praticada ou, nos casos de substituição prevista no art. 183 da Lei de Execução Penal, por período igual ao remanescente da condenação cominada;” Disponível em: <http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/View_Identificacao/DEC8.172-2013?OpenDocument>. Acesso em: 8 dez. 2022.

daria com uma “soltura”. Todavia, a não aplicação do indulto feria o direito dessas pessoas há tanto negado.

Dentro da perspectiva da disputa custódia *versus* tratamento, é importante pensar que havia sim profissionais de saúde comprometidos com o trabalho cotidiano. No entanto, não havia condição de trabalho que de fato pudesse ser compatível com um objetivo de tratamento adequado, acompanhado do investimento e da proximidade necessários, sobretudo ao considerar a noção de periculosidade, o sentido do termo e a falácia da possibilidade de sua extinção de perigo, dado que não há critérios que embasem tal finalidade.

O que se apresentava como inquestionável eram as condições de tratamento dadas pelas condições do serviço pautado pela ausência de um projeto que pudesse apostar na promoção de saúde. A gestão estar vinculada ao sistema prisional, aliada ao pequeno número de profissionais da saúde envolvidos no cotidiano institucional em si já são reveladores do quanto o tratamento está abaixo numa balança em que pese de fato o investimento da parte de custódia, ainda manifestado pela força histórica manicomial e punitivista em jogo.

Corocine (2003), ao resgatar a origem desse modelo de institucionalização nascente da união do discurso médico com o discurso jurídico ainda a fim de transformar o louco num sujeito dócil, útil, submisso, produtivo, aponta para a precarização do trabalho técnico num ambiente que mantém forte característica de segregação e poucos recursos para quaisquer outras possibilidades.

O “hospital” estar dentro da gestão penitenciária é indicador da lógica de investimento. A ordem “custódia” antes de “tratamento”, também. A escassez da presença da saúde enquanto política expressa no número de profissionais, também. A presença de agentes penitenciários na rotina institucional, também. A contenção em antigas celas, também.

À época foi muito importante perceber no campo de disputa as diversas e imprescindíveis forças colocadas: a preocupação com o direito negado expressa no decreto presidencial e por parte da Defensoria Pública de SP engajada no processo; a preocupação na atuação do Ministério Público com os efeitos das “solturas” e a necessária articulação com as redes de saúde dos territórios em diálogo com os direitos de diferentes envolvidos; a preocupação legítima expressada pela psicóloga do serviço que atendia os internos e que pôde relatar sobre o quanto a saída institucional e a vida extramuros se apresentava amedrontadora para eles também.

Sobre a situação no estado de São Paulo, o Conselho Regional de Medicina São Paulo (CREMESP) elaborou um documento referente à fiscalização dos HCTPs (três instituições ao todo) realizada em 2013. Denúncia:

Desumanidade e estigma caminham juntos quando se trata de serviço de saúde mental e sistema prisional. Quando uma malha se sobrepõe à outra, assiste-se a uma das práticas – e omissões – mais cruéis do Estado e da sociedade. (CREMESP, 2014, p. 4).

Posiciona, assim, uma escala de injustiças, na qual o louco infrator “ocupa o último degrau” (p. 4), dando o tom do que foi verificado. Descreve adiante condições de “total desassistência” (p. 15), tais como: ausência de cuidados médicos essenciais, ausência de acompanhamento psicossocial visando recuperação, ambientes úmidos, fétidos, ausência de profissionais.

Em 2016, O Conselho Federal de Psicologia (CFP) publicou um livro intitulado “O Louco Infrator e o Estigma da Periculosidade”, reconhecendo, a partir de visitas de inspeção que se desdobraram no “Relatório Brasil 2015: Inspeções aos manicômios judiciários” (CFP, Conselhos Regionais em parceria com a OAB e a Associação Nacional do Ministério Público em Defesa da Saúde – Ampasa), a necessidade de continuar o trabalho de análise sobre o tema para que os manicômios sejam superados, buscando apontar reflexões e sinalizar saídas sob ótica humanizada. (VENTURINI; DE MATTOS; OLIVEIRA, 2016)

Porque as situações-limite, no geral, vão contando das regras gerais do jogo, é preciso assumir que o que fica ali como resto explícito do processo da Reforma Psiquiátrica no límbico campo loucura-delitos nos revela sobre o medo que a loucura ainda inspira (se ainda vemos isso na Atenção Básica, nos CAPS etc., aqui isso se exponencia).

Jacobina (2004), que é Procurador Regional da República, reflete sobre as contradições entre a Lei da Reforma Psiquiátrica e a Lei de Execuções Penais, destacando o caráter punitivo da medida de segurança, mesmo ela não sendo reconhecida como sanção penal, sendo submetida não ao SUS, mas ao sistema penitenciário. O que também assume o Conselho Federal de Psicologia, que os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico evidenciam o produto “muitas vezes cruel, da fusão entre duas das maiores instituições de controle do sujeito na nossa sociedade: a Psiquiatria e Direito Penal.” (VENTURINI; DE MATTOS; OLIVEIRA, 2016, p. 6).

A pergunta parece que nos acompanha, o hospício está em nós: não seria perigoso soltar um louco que cometeu um crime assustador? Todavia, a questão central da discussão e difícil de enfrentar é que o parâmetro de periculosidade não está em destaque no debate quando o processo de cumprimento de pena chega ao fim. A partir da perspectiva de culpabilidade e natureza punitiva, propõe cumprimento de pena e ponto final. Quando o imaginário da loucura entra em cena é que, como sociedade, a discussão do perigo de

liberdade emerge com legitimidade, pista importante da lógica manicomial como lógica desafiadora a ser desconstruída.

Não ignoramos aqui o quanto o sistema penitenciário não funciona dessa maneira organizada e justa em que vale o que está combinado. O ponto para a discussão é que, em termos de legalidade, a medida de segurança não tem limite, o que permite que a internação seja perpétua, sem restrições, realidade tensionada no território abrangido na pesquisa pelo decreto que concedeu indulto em 2013. Não sabíamos o que fazer com isso e parece que exatamente por isso foi um momento tão importante; fomos compelidos a discutir o tema e perceber o que se passava ali no manicômio que mantivemos talvez em prol de nossas conquistas do fechamento de outros.

Nesse sentido, a importância do objeto levantado pela pesquisa: quando olhamos para aquilo que é difícil, que parece borderar a história dos avanços, podemos elaborar o que fica nessa sombra e que fala diretamente com o conteúdo que consideramos caminhar sem tensão. Não há sem tensão, não há conquista dada, pronta. São os restos que habitam os limites que servem ao questionamento para elaboração e invenção de vida. Haja trabalho.⁹⁹

O Parecer do MPF/PCDF manifesta-se como emblema, representação, dos obstáculos ao objetivo de construção de uma sociedade sem manicômios, estando a dificuldade de avançar no campo das medidas de segurança os ranços ainda imbricados na noção coletiva de periculosidade e loucura demandarem encerramento institucional. Tal como apontado pelo Conselho Federal de Psicologia (VENTURINI; DE MATTOS; OLIVEIRA, 2016), que denuncia a falta de avaliação psicológica e a ausência de políticas de reinserção, declarando o desejo de mudança da forma de atenção à pessoa infratora com transtorno mental no Brasil, considerando esta uma pauta histórica de continuidade da reforma psiquiátrica na expectativa de superar os manicômios também judiciários.

Os documentos apresentados até aqui, disparados pela Narrativa, dialogam com as forças manicomiais que se apresentam na execução de diversas políticas e que, portanto, comunicam sobre a pertinência de estratégias manicomiais ainda na cultura brasileira — não só, mas circunscrita aqui para a pesquisa. Todavia, a clássica concepção da relação entre loucura e periculosidade mantém-se evidente na estrutura dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico e como emblema deve ser pensada e trabalhada.

⁹⁹ Importante destacar iniciativas diferenciadas no território brasileiro, programas voltados para “a atenção jurídica e psicossocial à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, que se encontram em conformidade com a Lei n. 10.216/2001 e demais normas que estabelecem os parâmetros das políticas públicas em saúde mental no país.” (MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, 2011, p. 77). Destacamos:

- Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário – PAI-PJ, iniciado em 1999 em MG;
- Programa de Atenção ao Louco Infrator – PAILI, iniciado em 2003 em GO.

5.8 O Manicomial a serviço do racismo no Brasil – tantas pistas...

Sabemos que o racismo é estruturante da formação social brasileira, pautada num sistema de opressão, isso não é novo, o racismo é estrutural, ainda que isso não signifique que condição incontornável (ALMEIDA, 2019). Mas pensemos a relação com o uso do dispositivo manicomial: estrutura física e lógica discursiva... pois, como nos convoca a pensar Grada Kilomba (2019), um percurso de conscientização coletiva exige um percurso de responsabilização para criarmos “novas configurações de poder e de conhecimento” (p. 11), que só podem ser forjadas no enfretamento da “negação” ou “glorificação da história colonial” e, sem isso, novas linguagens não podem ser criadas.

Só quando se reconfiguram as estruturas de poder é que as muitas identidades marginalizadas podem também, finalmente, reconfigurar a noção de conhecimento: Quem sabe? Quem pode saber? Saber o quê? E o saber de quem? (KILOMBA, 2019, p. 13)

Antes de adentrar o conteúdo das narrativas e as pistas que podemos levantar, gostaríamos de lembrar dois trágicos eventos tão reveladores do racismo no Brasil e de como opera em diálogo com a saúde mental. Como a matéria prima da obra de Kilomba (2019), episódios de racismo cotidiano.

Tão recentemente (25 de maio de 2022, em Umbaúba-SE), um homem foi morto, 38 anos, asfixiado, por representantes do Estado. Não só. Agentes da segurança pública. Foi morto, asfixiado. Não só. Aconteceu dentro de um porta-malas de um carro. Não só. Uma viatura policial. Tinha a ver com um capacete que devia usar e não usava, tinha a ver com as respostas que deveria ter dado e parece que não deu. Tinha a ver com um diagnóstico psiquiátrico, o sobrinho avisou, os remédios de tratamento longínquo no bolso. Não só. Tinha a ver com ele ser reconhecido fenotipicamente negro (COSTA; SCHUCMAN, 2022).¹⁰⁰ Esse homem não branco, disseram que louco, era Genivaldo. Genivaldo foi morto, porque preto ou não branco o suficiente e porque louco.¹⁰¹

¹⁰⁰ Aqui uma discussão breve, pois a cobertura jornalística não destaca a questão racial e podemos verificar pelo vídeo que se trata de um homem não branco, assim como a mulher que virá a seguir no texto. A discussão sobre a leitura racial da sociedade brasileira pode ser aprofundada no artigo de Costa e Schucman de 2022, quando problematizam o lugar do “pardo” entre as classificações de origem parental e a leitura a partir do fenótipo. Assumimos aqui a legitimação da violência pela leitura fenotípica, sendo lido pelas marcas corporais de um homem negro e de uma mulher negra. A partir dessa concepção da leitura social de pessoas consideradas negras pelo fenótipo que estaremos discutindo o que vem a ser efeito do racismo. Para consultar artigo de Costa e Schucman, 2022: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/68631/42587>>.

¹⁰¹ Disponível em: <<https://g1.globo.com/se/sergipe/noticia/2022/05/27/caso-genivaldo-entenda-ordem-dos-fatos-que-levaram-homem-a-morte-em-abordagem-da-prf.ghtml>>. Acesso em: 4 nov. 2022.

Também tão recentemente (21 de julho de 2022, em Santarém-PA), uma mulher foi tirada de um ônibus. Não só. Ela foi arrastada por um policial militar. Não só. Antes ela foi humilhada dentro do ônibus. Não só. Essa mulher chorou, entristecida, envergonhada ao dizer que só queria levar seus peixes para casa. Não só. Tinha a ver com a intolerância das pessoas que se incomodavam com o cheiro do peixe na sacola. Não só. Tinha a ver com alguém dizer que ela era louca. Não só. A polícia informou depois que se tratava de “transtorno mental” e chamou o SAMU e hospitalizaram. Tinha a ver com outra coisa, ela era uma mulher negra. Não encontrei seu nome das notícias. Ela foi discriminada, humilhada, obrigada a sair do ônibus porque pele preta e reconheceram sua reação como “surto”.¹⁰²

Aqui temos dois casos em que se manifesta não o racismo, mas os efeitos da brutalidade que o racismo promove. E não estamos aqui excluindo o marcador social de classe, que sim está na cena, são duas pessoas pobres. Mas também não ignoremos: o marcador de classe aqui não é garantidor que a brutalidade nas cenas teria tido como efeito outros desfechos dignos.

Então, provocadas pelo questionamento de Kilomba sobre as reconfigurações do conhecimento, seguimos a pensar como produzir conhecimento sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil, considerando a história da escravização e o quanto o ainda manicômio está absolutamente intrincado à noção de servir ao racismo; assim, de forma singular pela história de opressão contra pessoas negras sem qualquer precedente anterior como aconteceu e acontece no nosso país.

Sem dúvida, o sistema carcerário é revelador dos efeitos do racismo de uma forma como nenhuma outra expressão institucional pode manifestar (o que pudemos verificar inclusive no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico); inclusive nos dois episódios cotidianos trazidos, a polícia se apresenta como protagonista do controle.

No primeiro, a polícia se apresenta como aquela que afirma a regra, notificando a quebra pela ausência do capacete; mas afinal, 2022 foi o ano que cansamos de ver o representante do Estado brasileiro, um homem branco representante de uma elite gozando de plenos privilégios, que não usou capacete em diversas aparições públicas. Não bastasse a discriminação evidente, a polícia decidiu executar o homem numa câmara de gás improvisada no bagageiro da viatura, sem nenhum constrangimento ou tentativa de camuflar a ação.

¹⁰² Disponível em: <<https://g1.globo.com/pa/santarem-regiao/noticia/2021/07/22/mulher-e-arrastada-por-policial-militar-para-fora-de-onibus-apos-se-recusar-a-descer-video.ghtml>>. Acesso em: 4 nov. 2022.

No segundo episódio, uma mulher que primeiro é discriminada por portar um peixe que alguém julgou mal embalado, reage ao preconceito e é tida como surtada.¹⁰³ Ao invés de chamarem o SAMU, a primeira acionada é a polícia militar, que a arrasta literalmente de dentro do ônibus enquanto ela chora implorando para que a deixem seguir seu caminho. Ao invés de deixarem a mulher ir embora com seu peixe, ela passa por polícia militar, SAMU e Hospital.

Tantas violências, no plural. Estamos falando de 2022, racismo atravessando a compreensão do que vem ou não ser saúde/saúde mental (não só). Pensemos, então, algumas pistas sobre como a lógica manicomial dialoga com a questão racial e o sistema de opressões.¹⁰⁴ Ainda que essa realidade não estivesse evidente na consciência do início dessa pesquisa, ao longo dos anos e o encontro essencial com autoras negras principalmente, foram reveladores daquilo que estava escancarado em tantas visitas, o óbvio, a lógica manicomial como ferramenta de exclusão racial.

Nesse sentido, um encontro importante com a perspectiva de interseccionalidade trabalhado por Angela Davis (2016), na proposição de pensar a tarefa de um novo modelo de sociedade na operação de categorias raça, classe, gênero, sem que uma assuma a primazia sobre a outra, todavia, reconhecendo que seu entrecruzamento coloca a mulher negra pobre num lugar de opressão ímpar no próprio sistema.

Assim, há algo despertado ao longo do caminho de pesquisa e análise das narrativas, ainda que a identificação do lugar da loucura afete a todas as pessoas trazidas nas memórias aqui partilhadas, não podemos negligenciar que o fato de serem pessoas negras ou negros produz efeitos e a crueldade da estrutura de cerceamento opera de maneiras diferentes. Não que tenhamos interesse em qualificar sofrimentos, o que seria um engano, mas é preciso atentar às expressões do efeito de opressões, que coloca a vida de pessoas negras em jogo de outra maneira.

¹⁰³ Aqui a questão subjetiva de surto é colocada em questão; o que o vídeo revela é uma mulher que se fez presente, reagiu à discriminação; emitiu sua voz numa situação em que esperavam dela uma posição de submissão. Como pensar que o emprego da noção de surto na cena não está atravessado pelo racismo, sexismo e classismo?

¹⁰⁴ O trabalho histórico elaborado por Schwarcz (2017) em “Lima Barreto: Triste Visionário” constrói pontes entre a inauguração dos hospícios no século XIX e o racismo, quando a autora destaca que o objetivo inicial das Colônias de Alienados inauguradas em 1888 era o de recuperar mendigos e indivíduos ociosos, recolhidos na cidade do Rio de Janeiro, pois a questão vinha incomodando as autoridades. Ressalta a questão do desemprego do contexto histórico e de como tal era negligenciado nas formas sociais de leitura, atribuindo-se “vício” ou preguiça”. Destaca:

“Não há de ser coincidência a notícia publicada em 27 de janeiro de 1889, na Gazeta de Notícias, em que se comentam os bons serviços das colônias em seus primeiros meses de funcionamento, assim como se enaltece o trabalho nelas realizado: ‘Homens, que no Asilo de Mendicidade viviam inativos e na imundície, embrutecendo-se cada vez mais, estão agora trabalhando, satisfeitos, bem alimentados, limpos e moralizando-se pelo trabalho’.” (p. 80)

Ainda que não haja destaques de raça e classe descritos em cada Narrativa especificamente (gênero, sim), podemos brevemente colocar sobre a repetição de padrões que são visíveis no mundo extramuros e não deixaram de ser reproduzidos no universo de cada serviço. Começamos com a informação de que todas as pessoas responsáveis pelos serviços eram brancas. Os promotores e as promotoras com quem trabalhei? Brancos e brancas. Na equipe de psicólogas e psicólogos no NAT-MPSP: brancas e brancos. Algumas mulheres negras que compunham nossa equipe eram assistentes sociais.

Ao visitar as memórias das visitas em que mais direitos foram negados, foi explicitamente o corpo da pessoa negra que sofreu mais efeitos do descuido ou até mesmo da tortura. Na casa irregular, onde o diabo teria perdido as botas, a pessoa com maior eloquência, com voz a se pôr denunciante por um coletivo era de uma mulher branca, Veridiana, que expressava uma certa possibilidade de classe mais privilegiada. A pessoa que mais relatou ter sido maltratada, com as lembranças mais difíceis, das marcas de violência física e sentimentos de humilhação, era uma mulher negra, Catarina. Nesse lugar também havia uma mulher negra absolutamente silenciosa, com o olhar vazio, dela não ouvimos uma palavra. Era uma mulher jovem, negra, retinta.

Ainda que Catarina seja manifestação de fala, dotada da força de sua voz, é preciso enfrentar a assimetria quanto à voz de Veridiana. A última, branca, ecoa a denúncia em outros corpos, não que não tenha suas próprias dores, as tem e expressa, no entanto, aparece como porta-voz. Catarina traz no discurso as dores da violência no seu corpo, o sentimento de humilhação; e ainda que não aponte para a relação da mesma com a intolerância racial, é preciso que atravessemos essa ponte.

O contraste entre a voz branca ecoada, incessante, de Veridiana, e o silenciamento da mulher negra retinta que não pôde, ou não quis, dizer sequer seu nome só pode ser tomado como manifestação de uma desigualdade que se reproduz até no que foi nomeado inferno do qual ambas faziam parte.

Na comunidade terapêutica narrada que atendia adolescentes que seriam dependentes químicos, os dois adolescentes negros. Inclusive, é importante destacar que nas comunidades terapêuticas masculinas mais precárias que visitamos ao longo dos anos, a visual realidade da predominância de homens negros.

Importante recorrer aos estudos de Schwarcz (2019), que intersecciona uma série de “marcadores sociais da diferença”¹⁰⁵ com o acesso mais precário à saúde. Seguem as pistas da

¹⁰⁵ Schwarcz trabalha com essa definição a partir do Núcleo de Estudos sobre Marcadores Sociais da Diferença da USP (Numas), destacando assim em seu livro:

desigualdade e do manicomial. A autora relaciona inclusive a desigualdade (elencando entre elas a racial) ao direito, no caso o não direito, de ir e vir, ainda pautado na história de mão de obra escrava, divisão latifundiária de terra, corrupção e patrimonialismo, afirma que o “Brasil foi formado a partir da linguagem da escravidão” (p. 127).¹⁰⁶

A autora afirma que o Brasil ainda é um país profundamente desigual e injusto. Entre algumas pesquisas com as quais trabalha, ela traz os dados de pesquisa apresentados pelo sociólogo e pesquisador José Alcides Figueiredo Santos: “Pardos e pretos, de acordo com as categorias do Censo Nacional, têm 56,7% a mais de chances, em relação aos brancos, de apresentar um estado de saúde classificado como ‘não bom’” (SCHWARCZ, 2019, p. 131).

Ela destaca que “as populações afro-brasileiras são objeto dileto da ‘intersecção’ de uma série de marcadores sociais da diferença”, condicionando assim uma inclusão negativa na sociedade. Como efeito disso, ela destaca, entre outros, “um acesso mais precário à saúde” (p. 175). E, ao tomar dados de uma pesquisa, reconhece que, ainda considerando as condições de pobreza, precarização de regiões que habitam, ausência de estrutura familiar, exposição ao comércio de drogas, “jovens negros costumam morrer antes dos demais, por causa do menor acesso que têm aos serviços médicos” (p. 176).

Assim, ao engendrar dados de diferentes fontes, assumindo a importância de manter um olhar que faça a relação interseccional sobre os marcadores, Schwarcz assume que a violência letal é dirigida à “população negra e jovem, sobretudo masculina — mas também feminina” (p. 177). Por isso, discute a importância de políticas públicas que estejam focadas no trabalho de extinguir a desigualdade. Ainda que ela não esteja ficando no acesso à saúde, e aqui estejamos apenas reunindo algumas pistas, é preciso pensar o investimento numa política de saúde antirracista que deva considerar o papel da institucionalização com a consideração de que as apostas em instâncias primárias e secundárias não se efetivam da mesma maneira.

Agora, vamos ao Censo de 2011 realizado nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico no Brasil, já referido anteriormente. Débora Diniz (2013), de forma afirmativa e fundamental aos avanços do debate antimanicomial, discute tanto a periculosidade como emblema de opressão quanto seu enlace com o contexto de psiquiatrização:

Dito isso, arrisco anunciar o que considero o resultado mais importante do censo: não há periculosidade inerente aos diagnósticos psiquiátricos. O diagnóstico

“[...] categorias classificatórias compreendidas como construções sociais, locais, históricas e culturais, que tanto pertencem à ordem das representações sociais — a exemplo das fantasias, dos mitos, das ideologias que criamos —, quanto exercem uma influência real no mundo, por meio da produção e reprodução de identidades coletivas e de hierarquias sociais.” (SCHWARCZ, 2019, p. 175)

¹⁰⁶ E nos lembra da realidade da concentração de renda que no Brasil ainda se sustenta pelos efeitos da história de exploração da mão de obra da população negra, tendo ainda dados reveladores que ainda as mulheres e a população negra expressam desempenho de renda abaixo na pirâmide social.

psiquiátrico não é determinante para a infração penal cometida pelo louco. O que há são indivíduos em sofrimento mental que, em algum momento da vida, por razões que não fomos capazes de identificar pela pesquisa documental em dossiês, cometem infrações penais. É possível supor que a ausência de tratamento de saúde, o abandono de redes sociais de cuidado e proteção, a carência de políticas sociais eficazes para essa população possam ser fatores desencadeantes do ato infracional. **O que descobrimos, no entanto, é que essa é uma população majoritariamente masculina, negra, de baixa escolaridade e com periférica inserção no mundo do trabalho, que em geral cometeu infração penal contra uma pessoa de sua rede familiar ou doméstica.**” (DINIZ, 2013, p. 15, grifo nosso)

E adiante acrescenta:

A casa é o principal espaço de expressão da loucura com atos infracionais graves, o que acena para uma dificuldade a ser enfrentada pelas políticas assistenciais e de saúde mental que depositam na família responsabilidades pelo sucesso da desinternação do indivíduo. Primordialmente, é o Estado quem deve tomar para si o dever de cuidar dessa população e proteger seus direitos fundamentais. (DINIZ, 2013, p. 16)

E ainda que não possamos aprofundar essa discussão nesse momento, fica a marca de um uso racializado dessas instituições que entrelaçam as noções de periculosidade e saúde mental, evidentemente articuladas com a questão racial, que visualmente foi experimentada pela pesquisadora na visita ao Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico no ano de 2014 e que viu no retrato do maltrato um homem negro enjaulado sob o escudo argumentativo de contenção. Diniz (2013) evidencia com dados abrangentes do território brasileiro essa realidade.

Se o racismo estrutural está colocado em cada relação, em cada lugar, também o está no manicômio em suas diversas roupagens. A questão não é verificar isso que está em qualquer lugar, mas sim questionar qual o papel dos manicômios a serviço do racismo na história da reforma psiquiátrica brasileira, questão despertada no processo dessa pesquisa, intensificando-se no processo de sua conclusão.

O despertar para a questão do racismo, ainda que iniciado antes dele, se intensificou no processo de realização desse estudo com profundidade. Como mulher branca, a pesquisadora também teve de debruçar-se sobre a desconstrução da ilusória democracia racial — termo cunhado pelo antropólogo Arthur Ramos e difundido e consolidado por Gilberto Freyre. O diálogo com as realidades experienciadas nutria a queda da noção de harmonia racial, como o trabalho do sociólogo Florestan Fernandes conclui, pois, afinal, o mito da mestiçagem racial vinha para consolidar “uma profunda e entranhada desigualdade social” (SCHWARCZ, 2019, p. 18) protegida de um questionamento imprescindível ao avanço social e ao combate às desigualdades (SCHWARCZ, 2019, p. 18).

Como Schwarcz (2019) afirma, um dos principais fatores a explicar a desigualdade social no Brasil é a intolerância racial, inclusive é ela quem provoca a violência em demasia.

Não resta dúvida para a autora: “Não existe sociedade democrática onde viceja o racismo.” (p. 180).

Assim, a Reforma Psiquiátrica no Brasil, como processo inalienável do processo de democratização do Brasil, deve enfrentar o racismo, e, para tal, incluí-lo como pauta essencial na elaboração das políticas públicas em saúde. Carneiro (2011), a partir dos estudos do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (Ipea), reflete sobre a característica universalista das políticas implementadas não conseguirem operar sobre as desigualdades no Brasil, e provoca-nos a pensar que tal caráter reproduz privilégios. Ela afirma:

A defesa intransigente das políticas universalistas no Brasil guarda, por identidade de propósitos, parentesco com o mito da democracia racial. Ambas realizam a façanha de cobrir com um manto “democrático e igualitário” processos de exclusão racial e social que perpetuam privilégios. Postergam, igualmente o enfrentamento das desigualdades que conformam a pobreza e a exclusão social. (CARNEIRO, 2011, p. 99)

Na 15.^a edição do boletim informativo do Observatório de Análise Política em Saúde (OAPS) e do Centro de Documentação Virtual (CDV) do início de 2018 — trazido no capítulo 2 —, a pesquisadora Patricia von Flach, trabalhadora por 12 anos do Hospital Juliano Moreira, traz uma memória com uma reflexão bastante pertinente ao que discutimos aqui, pois inter-relaciona diretamente o marcador social de raça e de classe ao uso que se faz do modelo manicomial no Brasil:

Eu cheguei no Hospital Juliano Moreira – BA, no final da década de 1980, inicialmente como estagiária de serviço social e depois como profissional concursada pela Secretaria da Saúde do Estado da Bahia – SESAB e nos 12 anos que lá trabalhei pude presenciar o uso indiscriminado e pouco cuidadoso de práticas como eletrochoque e contenções físicas e medicamentosas, com intervenções punitivas e abusos de todas as ordens em relação aos direitos humanos. **Não por acaso, quase 100% das pessoas ali internadas eram negras e advindas das áreas mais pobres da periferia de Salvador ou do interior do estado, lembrando-nos que o racismo e a desigualdade social estão na base deste modelo manicomial.** Importante comentar que os ambulatórios, burocratizados, davam sustentação a este modelo, na medida em que mais destravavam, em todos os sentidos, do que tratavam, num processo que desconsiderava as especificidades e singularidades das situações e sofrimentos vividos. (OAPS, 2018, grifo nosso).

Por fim, entremos na questão que também habita o manicomial no Brasil: a classe trabalhadora no campo da saúde mental. Gonzalez (2020) trabalha com a noção do racismo como articulador ideológico de um conjunto de práticas, colocando foco na divisão racial do trabalho, pela qual a força de trabalho negra permanece “confinada nos empregos de menor qualificação e pior remuneração” (p. 96), destacando a situação da mulher negra no polo oposto da dominação, constituindo o setor mais oprimido e explorado.¹⁰⁷

¹⁰⁷ Gonzalez é enfática quanto ao lugar das mulheres negras e indígenas ser negligenciado na militância de um feminismo que não inclui suas pautas. Ela nomeia como as “mulheres-exceções” (GONZALEZ, 2020, p. 139), já

A pesquisadora Raquel Gouveia Passos (2018), ao trabalhar com as noções de trabalho, gênero e saúde mental, aponta para o lugar da mulher negra trabalhadora no campo. Ao desenvolver a noção de “*care*”, na qual pauta a discussão anteriormente trazida nessa pesquisa (compartilhada no âmbito de discussão das mulheres na clínica privada), ela afirma que as pessoas que realizam esse trabalho, que se apresenta em situação precarizada, no cenário brasileiro, são “as mulheres negras, sem formação e das camadas subalternas” (p. 19), sobre elas que recai o cuidado do corpo, da limpeza, do fazer doméstico, servil. A condição da mulher negra trabalhadora e sua saúde, inclusive a saúde mental, deve estar na agenda das políticas de saúde.

Gonzalez (2020) nos convoca a pensar e agir sobre o esquecimento da questão racial, apontando para o “racismo por omissão” (p. 141), que a autora reconhece tendo suas bases na visão eurocêntrica e neocolonialista de um “sistema patriarcal-racista” (p. 141). A partir de Fanon, Gonzalez trabalha com a noção de uma psicologia na perspectiva do colonizado e não do colonizador, apontando para a direção de um processo de desalienação (teórica e prática) do efeito eurocêntrico e neocolonial. Gonzalez aponta, portanto, para o horizonte essencial da luta antimanicomial no Brasil.

Esta é apenas uma breve discussão acerca do que pensamos ser uma pauta fundamental ao debate. No Brasil, precisamos pensar e elaborar saúde mental, suas demandas e políticas, considerando os marcadores sociais de diferença, sobretudo o racismo que se expressa de forma única em nosso território pela história forjada nas bases de um sistema de opressão pautado na exploração e desigualdade racial.

5.9 Um último lampejo: o manicômio prospera

As Narrativas e o que delas sorvemos nos falam sobre realidades em que o manicômio prospera.

Ainda que tenhamos alcançado tantos avanços pela Luta Antimanicomial e pela política que conhecemos como Reforma Psiquiátrica, a cultura manicomial ainda opera sobre a base de desigualdade e opressão social tão características da história do Brasil e, portanto, seguindo a lógica priorizada nas instituições totais que tanto lutamos para destruir, onde o contexto do público asilado era composto pela loucura, mas não só, pois ela se aliava a diversas misérias que estão arraigadas na forma como se organiza a nossa sociedade.

que na pauta feminista à época, mas de extrema relevância ainda, havia um esquecimento da questão racial, por isso convocava a um feminismo afro-latino-americano.

Reproduz-se o manicômio onde não pode ser reconhecido como tal; isso acontece em quaisquer configurações disponíveis nos territórios, e não em uma natureza institucional privilegiada, ainda que, pela disponibilidade numérica de comunidades terapêuticas, ela venha ocupar um lugar de destaque, sobretudo na internação de adolescentes.

Propusemos pensar a diversidade do campo a partir de comunidades terapêuticas, instituições de longa permanência para idosos, clínicas privadas, irregulares, instituições para pessoas com deficiência e o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (as duas modalidades últimas ainda em funcionamento de instituições totais que não foram contempladas pelo processo do sucesso reformista); ainda que pudéssemos ter ampliado o campo para serviços com configurações de conexão um pouco mais sutis, foi preciso delimitar, desenhar algumas bordas.

Ficou evidente que a prática de internação psiquiátrica — e aqui assumimos que é um campo diverso e complexo na categorização — se reproduz ao sinal de qualquer brecha, qualquer fissura, que acaba por compor uma rede de (des)assistência marginal que se estrutura à sombra das conquistas antimanicomiais. Rede pensada a partir das conexões que se dão na organização dos territórios, entre serviços, entre profissionais, com ou sem a participação de um financiamento público, com ou sem ciência/participação do sistema de justiça.

Considerações finais

(que possam se abrir outros começos)

Tenho um livro sobre águas e meninos.

*Gostei mais de um menino
que carregava água na peneira.¹⁰⁸*

Precioso, Manoel de Barros, ao justapor os versos que seguem, conta do menino que carregava água na peneira, era ligado em despropósitos e queria montar alicerces sobre orvalhos. O menino gostava mais do vazio do que do cheio, porque os vazios, afinal, seriam maiores ou até infinitos

Com o menino e o poeta, podemos tatear nossos registros de memória: os infinitos vazios que habitam o vazio das conquistas do processo de desconstrução estrutural dos manicômios no Brasil, que, sabemos, não se findou. A pesquisa, como peneira, não tenta encerrar uma história, nem conter respostas ao fenômeno das interações nestes tantos contextos outros. A peneira, como sabia o menino do poeta, permite enxergar o que escapa, o que escorre.

Pela metáfora dos mergulhos e do retorno à superfície, pela presença da lagoa e da importância da peneira, as águas, que fluem, se fazem presentes do início ao fim deste trabalho.

As Narrativas se apresentam no sentido de elaboração do que verte e revelam história, como rememoração — como nos aponta Gagnebin (2013): “retomada salvadora pela palavra de um passado que, sem isso, desapareceria no silêncio e no esquecimento” (p. 3). Esquecimento esse que se apresenta como um risco eminente quando há um discurso reproduzido sobre o lugar que a loucura deveria ocupar e que pode assim fabricar, portanto, esquecimento de lugares plurais, que, se silenciados, podem permitir as torções perversas de manufaturas opressoras à sombra de uma rede substitutiva de atenção psicossocial, como alertou-nos Ramalho (2010).

A Reforma Psiquiátrica, como projeto com avanços indiscutíveis e de valor inestimável, não permitiu o desmantelamento, emergindo como acordo possível, como nos atentou Scarcelli (2011): ainda a necessidade de transformação dos saberes e práticas para a construção de novas relações sociais com a loucura e a produção de novos lugares sociais que

¹⁰⁸ (BARROS, 2010, p. 496).

não seriam saciados com modelos. A enorme relevância do fechamento dos hospícios e o redirecionamento do modelo assistencial, todavia, ainda enfrentam o desafio da desconstrução de discursos e práticas que persistem como manicomiais.

A compreensão sobre política de Arendt (2009) vem ao encontro do resgate do sentido do movimento social que marca a histórica de uma luta antimanicomial. Política por excelência é o que se dá pela ação — premissa de vida humana — garantida apenas pela vida vivida entre os homens, manifesta no ato e na palavra, sendo apenas por essa via que a vida se contrapõe à mera existência corpórea. Palavra como manifestação física, relevante apenas quando anuncia intenções e revela significados. Assim, o mote “Por uma sociedade sem manicômios” é convocado como levante de ação contínua.

As forças manicomiais em jogo nesse cenário às margens do rio caudaloso e capilarizado que é o Brasil estão intimamente vinculadas à noção de exclusão social e operam como dispositivos da manutenção de um sistema de opressão. Nesse sentido, conjuga com a perspectiva de Arendt sobre ação que articulamos com a noção de sociedade que Scarcelli nos ajuda a compreender: “o sucesso ou o fracasso na consolidação das práticas antimanicomiais é produto das superações (ou não) das contradições resultantes dessa interação” (SCARCELLI, 1998, p. 2).

A discussão do campo se inaugura com o mote da lida com a loucura, num sentido circunscrito. Todavia, passamos a lidar com a apresentação de uma campo que, no jogo de encobre e revela, apresenta dialeticamente o que fica de fora de uma rede estruturada numa sociedade que ainda resiste à diferença, no inter-jogo, na trama, do sofrimento psíquico. Numa estrutura com lugares sociais estabelecidos — sociais, raciais, de gênero, etários —, há lugares manicomiais reservados à sombra do visível.

Ao lidar com a noção de sofrimento psíquico (entre outros) contido por muros de novos manicômios, lidamos ainda com uma lógica de internação tão diversa quanto a que se explicitava nas estruturas clássicas, todavia, não como edifícios destinados, mas configurações outras e diversas que permitem as práticas manicomiais ainda vivas. Os manicômios de agora persistem onde não podem ser reconhecidos como tais.

Romper com o manicômio-cultura parece tarefa possível se legitimada como não finda, como pensamento em circuito aberto, espiralado, como ação refletida, como práxis, contrariando o estancamento e a estereotipia. As mudanças sociais demandam abertura, já que não cessam. A elaboração do pensamento pichoniano propõe que a criatividade e a vida residem no errante, reconhecendo que a escrita é sempre autobiográfica na medida em que o

lugar do qual partimos é sempre único e revelador das formas de viver e compreender o mundo. (PICHON-RIVIÈRE, 2009)

Já que pensamos a organização de nossas ações políticas em estruturas, e as fórmulas a serem repetidas têm como risco inexorável tornarem-se manicomiais mesmo com as melhores intenções, a saída é a abertura, como tarefa.

Considerando a pesquisadora em situação e o modelo criativo dialético com o qual Pichon-Rivière opera — a partir da noção vincular pela qual se dão os processos de comunicação e aprendizagem, que será facilitada se o processo de interação deslizar por circuitos abertos — façamos um último diálogo a partir de questões despertadas pelo processo de análise.

Krenak (2019) nos diz que os indígenas resistem há 500 anos expandindo a subjetividade, alimentaram-se de seus antepassados, da criatividade, da poesia; inspira-se em Galeano, na resistência continuada dos povos latino-americanos, que guardam a memória profunda da terra, e que a diferença que nos une é nossa diversidade; em contraponto à homogeneidade, que é uma forma de “tirar nossa alegria de estar vivos” (p. 33).

Nosso tempo é especialista em criar ausências: do sentido de viver em sociedade, do próprio sentido da experiência da vida. Isso gera uma intolerância muito grande com relação a quem ainda é capaz de experimentar o prazer de estar vivo, de dançar, de cantar. Está cheio de pequenas constelações de gente espalhada pelo mundo que dança, canta, faz chover. O tipo de humanidade zumbi que estamos sendo convocados a integrar não tolera tanto prazer, tanta fruição de vida. (KRENAK, 2019, p. 26)

O que Krenak nos propõe pensar e sentir parece conectar-se com os preceitos da nossa Luta Antimanicomial, com uma afirmação de diversidade se aliada ao sentido de viver. A pesquisa, então, dialoga com a humanidade que ele convida a inventarmos, já que a noção em voga não tem serventia, pautada apenas na busca de uma homogeneidade que se pauta numa produção capitalista.

O convite de Krenak é brasileiro e anticolonialista e chama ao diálogo com a invenção de vida que nos propunha elaborar Basaglia ao questionar o manicomial. A sabedoria de Krenak conversa com a perspectiva de cidadania que é soberana no pensamento de Scarcelli. Krenak nos provoca a dialogarmos com a poesia — que interessava a Benjamin, cuja investigação de Gagnebin apresentou-se como morada de pesquisa. Krenak coloca os princípios democráticos num lugar novo, os direitos de uma humanidade pautada em fruição de vida (não só humana, inclusive).

Leva-nos, como ponte, a visitar diálogos que proponham a inclusão da luta antirracista num centro de discussão no Brasil e nas pautas antimanicomiais, já que o racismo enraizado

obstaculiza qualquer utopia de igualdade — na perspectiva da diferença e não da homogeneidade.

Assim como refletimos no capítulo 5, a interseccionalidade se coloca como perspectiva fundamental na elaboração de proposições para soluções antimanicomiais. E, ainda que entendamos que na perspectiva interseccional não devemos propor uma hierarquia — pelo contrário, pois considera que há articulação de marcadores, categorias que operam em movimento —, destacamos a questão racial como central no debate das políticas públicas no Brasil, ainda que tenhamos o compromisso de enfrentar as questões de gênero, de classe e etárias.

Como um diálogo que imaginamos, a humanidade não zumbi de Krenak conversa com a utopia não manicomial cidadã, cuja fonte inspiradora se encontra no trabalho de Scarcelli:

Resta-nos perguntar, ao propor alternativas aos banidos oficialmente (reclusão amparada por aparatos jurídicos), como libertar não somente seus corpos, mas também seus medos e as formas de proteção que os mantiveram alienados, porém vivos nessa sociedade produtora de hospícios burocráticos, normalizadores, assistencialistas, individualistas etc. (SCARCELLI, 2011, p. 48)

Terminamos com a abertura de proposta para seguirmos pensando a partir de nossa territorialidade, dialogando com a proposta basagliana de um livre situar-se no mundo, seguindo com fidelidade o ideal de reinvenção de vida. É preciso, então, combater os hospícios em nós, e, para isso, a tarefa da transmissão do indizível a partir de uma retomada reflexiva combater a repetição e ousar inventar o presente — como convida Gagnebin (2006).

Como continuidade desta pesquisa para momentos futuros, a questão da inter-relação entre o manicômio no Brasil e a noção de colonialidade emerge, a partir das pistas que levantamos e das pontes que pudemos construir.

Como o desejo de vida é abrangente, fica como convite dessa pesquisa o caminho a ser ampliado e as lutas a serem travadas em direção a uma sociedade sem manicômios, como trabalho contínuo, inquietante, questionador e permanente.

Finda-se este trabalho tendo num horizonte antimanicomial o emblema de uma cultura em gestação forjada como luta pela humanidade.

Referências

AGAMBEN, Giorgio. *O que resta de Auschwitz: o arquivo e a testemunha (Homo Sacer III)*. São Paulo: Boitempo, 2008.

_____, Giorgio. *O fogo e o relato: ensaios sobre criação, escrita, arte e livros*. São Paulo: Boitempo, 2018.

ALMEIDA, Neli Maria Castro de. *Labirintos e mosaicos: institucionalização da infância com deficiência*. 2012. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Departamento de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

ALMEIDA, Silvio Luiz de. *Racismo Estrutural*. São Paulo: Pólen, Feminismos Plurais, 2019.

AMARANTE, Paulo (coord.). *Loucos pela Vida: a trajetória da reforma Psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

ARANTES, Rogério Bastos. *Ministério Público e Política no Brasil*. 2000. Tese (Doutorado em Ciência Política) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

ARBEX, Daniela. *Holocausto Brasileiro*. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

ARENDT, Hannah. *Eichmann em Jerusalém*. São Paulo: Companhia das Letras, 1999.

_____. *A Condição Humana*. 10. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

_____. *Entre o Passado e o Futuro*. São Paulo: Perspectiva, 2016.

BAPTISTA, Myrian Veras. Algumas reflexões sobre o sistema de garantia de direitos. *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, n. 109, jan./mar. 2012.

BAPTISTA, Juliana Ávila; CAMATTA; Marcio Wagner; FILIPPON, Paula Gonçalves; SCHNEIDER, Jacó Fernando. Projeto terapêutico singular na saúde mental: uma revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, V. 73, n. 2, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/BCtyHwC4h9TFqfNKVtftTKLw/?lang=pt>>. Acesso em: 3 dez. 2022.

BARROS, Manoel de. *Poesia completa*. São Paulo: LeYa, 2010.

BASAGLIA, Franco. *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond, 2010. 336 p.

BIROLI, Flávia. *Gênero e desigualdades: os limites da democracia no Brasil*. São Paulo: Boitempo, 2018.

BLIKSTEIN, Flávia. *Políticas públicas em saúde mental infantojuvenil e filantropia: estudo sobre as instituições de acolhimento para pessoas com deficiência que atendem crianças e adolescentes no estado de São Paulo*. 2019. Tese (Doutorado em Saúde, Ciclos de Vida e

Sociedade) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.11606/T.6.2019.tde-06082020-123941>>. Acesso em: 9 out. 2022.

BONAFINI, Hebe de. Salud Mental e Derechos Humanos: un sendero revolucionario. (Entrevista a Gregorio Kazi.) In: KAZI, Gregorio. (coord.) *Salud mental y Derechos Humanos: subjetividad, sociedad e historicidad*. Buenos Aires: Asociación Madres Plaza de Mayo, 2004, p. 13-18.

BOSI, Ecléa. *Memória e Sociedade: Lembranças dos velhos*. 3. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1994.

BONDÍA, Jorge Larrosa. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. *Revista Brasileira de Educação*, Barcelona, Espanha, n. 19, jan./fev./mar./abr. 2002. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbedu/a/Ycc5QDzZKcYVspCNspZVDxC/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 2 dez. 2022.

BRAGA, Cláudia Pellegrini; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. A continuidade das internações psiquiátricas de crianças e adolescentes no cenário da Reforma Psiquiátrica Brasileira. *Interface*, Botucatu, V. 19, n. 52, 2015, p. 33-44.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 1988.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 1990; Seção 1, p. 13563.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 106, de 11 de fevereiro de 2000. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2000. Seção 1, p. 23.

BRASIL. Lei n.º 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2001. Seção 1, p. 2.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011*. 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). Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria Nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011*. Estabelece que os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), sejam definidos em tipo I e II, destina recurso financeiro para incentivo e custeio dos SRTs, e dá outras providências. Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria Nº 121 de 25 de janeiro de 2012*. Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. Brasília, DF, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria Nº 131, de 26 de janeiro de 2012*. Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao

custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial. Brasília, DF, 2012b.

BRASIL. Presidência da República. *Decreto nº 8.172, de 24 de dezembro de 2013*. Concede indulto natalino e comutação de penas, e dá outras providências. Brasília, DF, 2013. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/decreto/D8172.htm>. Acesso em: 6 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Justiça. Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas. Resolução Nº 1 de 19 de agosto de 2015. Regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas Sisnad, as entidades que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como comunidades terapêuticas. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2015. Seção 1, p. 51.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria Nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017*. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília, DF, 2017.

CARNEIRO, Sueli. *Racismo, sexismo e desigualdade no Brasil*. São Paulo: Selo Negro, 2011.

CARRARA, Sérgio. *Crime e loucura: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século*. Rio de Janeiro: EdUERJ; São Paulo: EdUSP, 1998. (Coleção Saúde & Sociedade).

CFP. Conselho Federal de Psicologia. *Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas – 2017*. Brasília DF: CFP, 2018.

CORREIA, Ludmila Cerqueira; LIMA, Isabel Maria Sampaio Oliveira; ALVES, Vania Sampaio. Direitos das Pessoas com transtorno mental autoras de delitos. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, V. 23, n. 9, set. 2007.

COROCINE, Sidnei Celso. *A fabricação da periculosidade: um relato sobre a violência das instituições*. 2003. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2003.

COSTA, Eliane Silvia; SHUCMAN, Lia Vainer. Identidades, Identificações e Classificações Raciais no Brasil: O Pardo e as Ações Afirmativas. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, V. 2, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.12957/epp.2022.68631>>. Acesso em: 2 dez. 2022.

CREMESP. *Hospital de custódia: prisão sem tratamento – fiscalização das instituições de custódia e tratamento psiquiátrico do Estado de São Paulo*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2014.

CRITELLI, Dulce Mara. *História pessoal e sentido da vida: historiobiografia*. São Paulo: EDUC, FAPESP, 2012.

DAVIS, Angela. *Mulheres, raça e classe*. São Paulo: Boitempo, 2016.

DEJOURS, Christophe. Por um novo conceito de saúde. Palestra proferida na Federação dos Trabalhadores da Metalurgia, da Confederação Geral dos Trabalhadores (CGT). *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, V. 14, n. 54, 1986.

DINIZ, Debora. *A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011*. Brasília: Letras Livres, Editora Universidade de Brasília, 2013.

FALEIROS, Vicente de Paula. Infância e processo político no Brasil. In: RIZZINI, I.; ILOTTI, F. *A arte de governar crianças*. São Paulo: Cortez, 2009, p. 33-96.

FALEIROS, Vicente de Paula; MORANO, Tereza. Cotidiano e relações de poder numa instituição de longa permanência para pessoas idosas. *Revista Textos & Contextos*, Porto Alegre, V. 2, 2009, p. 319-338.

FANON, Frantz. *Alienação e Liberdade: escritos psiquiátricos*. São Paulo: Ubu Editora, 2010.

FANON, Frantz; AZOULAY, Jacques. A vida cotidiana nos douars. ([1954 ou 1955]). In: FANON, Frantz. *Alienação e Liberdade: escritos psiquiátricos*. São Paulo: Ubu Editora, 2010, p. 194-208.

_____. A socioterapia numa ala de homens mulçumanos: dificuldades metodológicas. (1954). In: FANON, Frantz. *Alienação e Liberdade: escritos psiquiátricos*. São Paulo: Ubu Editora, 2010, p. 171-193.

FANON, Frantz; LACATON, Raymond. Condutas confessionais na África do Norte (1). (1955). In: FANON, Frantz. *Alienação e Liberdade: escritos psiquiátricos*. São Paulo: Ubu Editora, 2010, p. 236-240.

FARR, Robert M. *As raízes da psicologia social moderna (1872-1954)*. 11. ed. Petrópolis: Vozes, 2013.

FERNANDES, M. I. A.; SCARCELLI, I. R. A queda do hífen: história, política e clínica. In: SILVA JR., Nelson da; ZANGARI, Wellington. (orgs.). *A psicologia social e a questão do hífen*. 1. ed. São Paulo: Blucher, 2017, V. 1, p. 103-116.

FERNANDES, Maria Inês Assumpção. Saúde Mental: a clausura de um conceito. *Revista USP*, n. 43, São Paulo, 1999, p. 90-99.

_____, Maria Inês Assumpção. *Negatividade e vínculo: a mestiçagem como ideologia*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005. (Coleção Psicologia Social, Inconsciente e Cultura).

FOUCAULT, Michel. *A História da Loucura: na Idade Clássica*. 8. ed. São Paulo: Perspectiva, 2005. (Coleção Estudos)

FRAYZE-PEREIRA, João. *O que é loucura?* 10. ed. São Paulo: Brasiliense, 2002. (Coleção Primeiros Passos)

FREIRE, P. *Pedagogia da esperança: um encontro com a pedagogia do oprimido*. 3. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1992.

GAGNEBIN, Jeanne Marie. *Lembrar escrever esquecer*. São Paulo: Editora 34, 2006.

_____. *História e Narração em Walter Benjamin*. São Paulo: Perspectiva, 2013.

_____. *Limiar, Aura e Rememoração: ensaios sobre Walter Benjamin*. São Paulo: Editora 34, 2014.

GOFFMAN, Erving. *Manicômios, Prisões e Conventos*. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2003. (Coleção Debates)

GONÇALVES, Maria das Graças M. *Psicologia, subjetividade e políticas públicas*. São Paulo: Cortez Editora, 2010. (Coleção Construindo o Compromisso Social da Psicologia)

GONZALEZ, Lélia. *Por um feminismo afro-latino-americano: ensaios, intervenções e diálogos*. 1. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2020.

GOULART, Marcelo Pedroso. *Elementos para uma teoria geral do Ministério Público*. Belo Horizonte: Arraes Editores, 2013.

_____. Corregedorias e Ministério Público Resolutivo. *Revista Jurídica Corregedoria Nacional: o papel constitucional das Corregedorias do Ministério Público*, V. 1, Brasília: CNMP, 2016.

GRIMM, Jakob (1785-1863). *Os contos de Grimm* (tradução do alemão de Tatiana Belinky). São Paulo: Paulus, 1989.

HOOKS, bell. *Ensinando a transgredir: a educação como prática da liberdade*. 2. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2017.

HUMAN RIGHTS WATCH. Eles ficam até morrer: uma vida de isolamento e negligência em instituições para pessoas com deficiência no Brasil. *Human Rights Watch Brasil*. 23 maio 2018. Disponível em: <<https://www.hrw.org/pt/report/2018/05/23/318010>>. Acesso em: 8 dez. 2022.

JACOBINA, P. V. Direito penal da loucura: medida de segurança e reforma psiquiátrica. *Revista De Direito Sanitário*, V. 5, n. 1, 2004, p. 67-85. Disponível em: <<https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v5i1p67-85>>. Acesso em: 2 dez. 2022.

KAZI, Gregorio. Presentación. In: KAZI, Gregorio. (coord.) *Salud Mental y Derechos Humanos: subjetividad, sociedad e historicidad*. 1a. ed. Buenos Aires: Asociación Madres Plaza de Mayo, 2004, p. 7-12.

KILOMBA, Grada. *Memórias da plantação: episódios de racismo cotidiano*. Rio de Janeiro: Cobogó, 2019.

KRENAK, Ailton. *Ideias para adiar o fim do mundo*. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.

KRENAK, Ailton. *A vida não é útil*. São Paulo: Companhia das Letras, 2020.

LOECK, Jardel F. *Narcóticos Anônimos: Um estudo sobre estigma e ritualidade*. Texto apresentado na sessão de Comunicações Coordenadas da 25ª RBA, Goiânia, GO, de 11 a 14

de junho de 2006. Disponível em: <http://neip.info/downloads/jardel/jardel_01.pdf>. Acesso em: 2 dez. 2022.

MAMEDE, Margarida C. *Cartas e retratos: uma clínica em direção à ética*. São Paulo: Altamira, 2006.

MARTINS, Rafaela Werneck Arenari; SILVEIRA, Luana da. Internações de crianças e adolescentes usuárias de drogas: um desafio para o campo da saúde mental infantojuvenil. *Revista Episteme Transversalis*, Volta Redonda, RJ, v. 10, n. 1, 2019, p.213-227.

MASSOLA, Gustavo Martineli. A psicologia social como projeto utópico. In: SILVA JR. Nelson da; ZANGARI, Wellington. (Orgs.). *A psicologia social e a questão do hífen*. 1. ed. São Paulo: Blucher, 2017, V. 1, p. 199-208.

MPSP (Ministério Público do Estado de São Paulo). *Ato Normativo nº 724 de 13 de janeiro de 2012*. Institui o Núcleo de Assessoria Técnica Psicossocial. Procuradoria Geral de Justiça. São Paulo, 2012.

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. Procuradoria Federal Dos Direitos Do Cidadão (PFDC). *Parecer sobre Medidas de Segurança e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico sob a perspectiva da Lei Nº 10.216/2001*. Brasília, DF, 2011.

MORATO, Henriette Tognetti Penha; BARRETO, Carmen Lúcia Brito Tavares; NUNES, André Prado (Coords.). *Aconselhamento psicológico numa perspectiva fenomenológica existencial: uma introdução*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. (Série Fundamentos de Psicologia)

MORATO, Henriette Tognetti Penha. Prática Psicológica em Instituições: ação política. Anais do VIII Simpósio Nacional Prática Psicológica em Instituição. *Atenção Psicológica: experiência, intervenção e pesquisa*, São Paulo, v. 1, 17 e 18 de outubro de 2008, p. 1-19. ISBN: 978-85-86736-35-3.

_____. *Por entre plantão psicológico e ação cartográfica clínica pelos “Caminhos de Floresta”*. 2015. Tese (Livre-Docência em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

NADER, André. *O não ao Manicômio: fronteiras, estratégias e perigos*. São Paulo: Benjamin Editorial, 2019.

OAB; CFP. Relatório de Inspeção a Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs). Brasília: CFP, 2008. 112p. Disponível em: <<https://site.cfp.org.br/publicacao/relatorio-de-inspeo-a-instituies-de-longa-permanncia-para-idosos-ilpis/>>. Acesso em: 2 dez. 2022.

OAPS, Observatório de Análise Política em Saúde. *Boletim: Análise de Políticas de Saúde no Brasil*, Salvador, V. 4, n. 15, jan./fev. 2018.

PASSOS, Rachel Gouveia. *Trabalho, gênero e saúde mental: contribuições para profissionalização do cuidado feminino*. São Paulo: Cortez, 2018.

PASSOS, Rachel Gouveia; COSTA, Roseane de Albuquerque; SILVA, Fernanda Gonçalves (Coords.). *Saúde Mental e os desafios atuais da atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Gramma, 2017.

PEDOTT, Larissa Gomes Ornelas. *Possibilidades de construção de demandas sociais e indução de políticas públicas: análise de solicitações ao Ministério Público relativas ao direito das pessoas com deficiência à educação*. 2019. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019.

PICHON-RIVIÈRE, Enrique. *Del Psiconálisis a la Psicología Social*. Tomo II. Buenos Aires: Editorial Galerna, 1971.

_____. *Teoria do Vínculo*. 7. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

_____. *O processo grupal*. 8. ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2009. (Coleção Textos de Psicologia)

PICHON-RIVIÈRE, Enrique; QUIROGA, Ana Pampliega de. *Psicologia da vida cotidiana*. 1a ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

RAMALHO, Simone Aparecida. *Uma alegria Subversiva: o que se aprende em uma escola de samba?* 2010. Tese (Doutorado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

RUBIN, Gayle. *Políticas do sexo*. São paulo: Ubu Editora, 2017.

RUI, T. A inconstância do tratamento: No interior de uma comunidade terapêutica. *Dilemas – Revista de Estudos de Conflito e Controle Social*, V. 3, n. 8, 2010, p. 45-73. Disponível em: <<https://revistas.ufrj.br/index.php/dilemas/article/view/7170/5749>>. Acesso em: 2 dez. 2022.

SANTOS, Boaventura de Sousa. *Direitos Humanos, Democracia e Desenvolvimento*. São Paulo: Cortez, 2013.

SCARCELLI, Ianni Régia. *O movimento antimanicomial e a rede substitutiva em saúde mental: a experiência do município de São Paulo 1989 - 1992*. 1998. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998. Disponível em: <doi.org/10.11606/D.47.1998.tde-03112005-221529>. Acesso em: 7 ago. 2018.

_____. *Entre o hospício e a cidade: dilemas no campo da saúde mental*. São Paulo: Zagodoni Editora, 2011.

_____. *Psicologia social e políticas públicas: pontes e interfaces no campo da saúde*. 1 ed. São Paulo: Zagodoni Editora, 2017. (Coleção PensarAgir em Saúde Mental)

SCHWARCZ, Lilia Moritz. *Lima Barreto: triste visionário*. São Paulo: Companhia das Letras, 2017.

_____, Lilia Moritz. *Sobre o autoritarismo brasileiro*. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.

SCOTT, Joan W. A invisibilidade da experiência. *Projeto História*, São Paulo, n. 16, 1998. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/revph/issue/view/785>>. Acesso em: 2 dez. 2022.

SECRETARIA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL. *Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais*. Brasília: SNAS, 2014.

SILVA, Cíntia Aparecida da. *Serviço Social e Ministério Público: gênese e desenvolvimento do trabalho profissional do assistente social*. Campinas: Papel Social, 2018. (Estante Fundamental do Sociojurídico)

TOLEDO, Eliza Teixeira de. *A circulação e aplicação da Psicocirurgia no Hospital Psiquiátrico do Juquery, São Paulo: uma questão de gênero (1936-1956)*. 2019. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) – Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2019.

VALENTIM, Ana Carolina M. S. F.; PEDOTT, Larissa Gomes O. Políticas Públicas por Lentes de Subjetividade: uma Possibilidade de Atuação da Psicologia no Núcleo de Assessoria Técnica do Ministério Público de São Paulo. In: SOUZA, Bianca Ribeiro de et al. (Orgs.) *NAT em movimento: práticas do Núcleo de Assessoria Técnica Psicossocial*. São Paulo: MPSP/NAT, 2019.

VALENTIM, Ana Carolina M. S. F.; FERREIRA, Bruna Cléa. (Com)tratos e (des)tratos: uma perspectiva sobre a velhice em instituições de longa permanência para idosos (ILPI). In: SOUZA, Bianca Ribeiro de et al. (Orgs.) *NAT em movimento: práticas do Núcleo de Assessoria Técnica Psicossocial*. São Paulo: MPSP/NAT, 2019.

VENTURINI, Ernesto; DE MATTOS, Virgílio; OLIVEIRA, Rodrigo Tôrres. *Louco Infrator e o Estigma da Periculosidade*. Brasília: CFP, 2016.