

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP

Dayse Andrade Bispo Silva

Cotidiano da Residência Terapêutica

MESTRADO EM PSICOLOGIA SOCIAL

SÃO PAULO

2012

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP

Dayse Andrade Bispo Silva

Cotidiano da Residência Terapêutica

MESTRADO EM PSICOLOGIA SOCIAL

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de MESTRE em Psicologia Social, sob a orientação da Prof. Dra. Maria Cristina Gonçalves Vicentin.

SÃO PAULO

2012

BANCA EXAMINADORA

AGRADECIMENTOS

Mais uma fase concluída e gostaria de agradecer algumas pessoas por esta conquista. Primeiro agradeço aos meus pais, João Andrade e Maria do Carmo que sempre apoiaram em todas as minhas escolhas. Aos meus tios Edésio e Jucilene e minha prima Larissa, que me acolheram na sua casa e me fizeram sentir parte da família. Aos meus irmãos, Regina e Leonardo, que me mostraram a distância o quanto somos unidos.

Um especial agradecimento a minha orientadora Cristina Vicentin, por ter aceito e apoiado meu projeto, eu não tenho palavras para descrever o quanto foram importantes para mim cada orientação, ideia, conversa... E também agradeço aos colegas do Núcleo, em especial a Carol, uma amizade que levarei para sempre. Agradeço também ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo apoio e incentivo a esta pesquisa.

Gostaria de agradecer também a Stefan, que com sua atenção, carinho e paciência segurou minhas crises de ansiedade, ensinou-me a catupirizar tudo! Esteve sempre presente, mesmo geograficamente distante.

Quero agradecer as minhas amigas psi Aline, Grazi, Lu, Gica e Su: nem a distância, nem a saudade abalam nossa amizade! Agradecer também as professoras da UFS Liliana e Tereza cujos ensinamentos foram essenciais para esta conquista.

Aos meus colegas de terapia que me acompanharam nesse último ano e vibraram a cada página escrita. E a todos da Turma Quente do Psicodrama, que também estavam na torcida para a finalização deste trabalho.

Agradeço também aos moradores da RT que me receberam na sua casa e autorizaram que esta experiência fosse registrada aqui.

No mais, desejo que este seja mais um passo para as novas conquistas que virão.

RESUMO

SILVA, Dayse Andrade Bispo. Cotidiano da Residência Terapêutica

As Residências Terapêuticas são um dos principais instrumentos de inserção do tema da loucura na sociedade, pois são casas onde moram (principalmente) sujeitos egressos dos hospitais psiquiátricos. Esta pesquisa se propôs a olhar como o cotidiano dos moradores de uma RT enseja vetores de produção de subjetividade.

Para tanto, inicialmente, trazemos a história do morar da loucura no Ocidente, desde seus movimentos mais “livres” na sociedade até o enclausuramento do louco, seguindo com a trajetória brasileira, suas experiências e os movimentos políticos que construíram a nossa atual Política de Saúde Mental, até a história e o cenário atual das RT, focalizando mais especialmente o município de São Paulo. Para a discussão sobre o cotidiano, valemo-nos dos aportes de Pichon-Rivière e Micheal de Certeau e com Felix Guattari tematizamos a produção de subjetividade.

A Observação Participante foi nosso instrumento metodológico no período de seis meses numa RT masculina no município de São Paulo. Esta observação se deu no cotidiano da casa e também no acompanhamento de saídas dos moradores para suas atividades. Utilizamos como referencial metodológico a Análise Institucional que nos permitiu acompanhar e desenhar alguns recortes do cotidiano desta RT por meio de cenas-analisadoras. Tais cenas foram analisadas a partir de alguns vetores de subjetivação, mais especificamente aqueles sinalizados pela perspectiva da reabilitação social, na ótica de F. Rotelli e B. Saraceno: a reconstrução dos sentidos/valores, do tempo, da responsabilização e o reingresso ao corpo social. As noções do morar e habitar também foram acionadas como operadores de análise. Esta experiência singular apontou para reflexões importantes quanto as RTs, principalmente ao analisar os entraves a sua ampliação. Como também nos mostrou que o vetor de reingresso ao corpo social foi o que mais apareceu nas cenas.

Com este trabalho esperamos dar visibilidade a experiências como esta, pois nos mostram que, muito mais do que modificar o modelo de assistência em Saúde Mental, estamos possibilitando produção de vidas, mesmo com as adversidades de ter um sofrimento psíquico.

Palavras-chaves: Residência Terapêutica, cotidiano, produção de subjetividade.

ABSTRACT

SILVA, Dayse Andrade Bispo. Everyday life of a Therapeutic Residence

Therapeutic Residences (RT) are one of the main instruments to insert the madness theme in our society, they are houses where (mainly) former psychiatric hospital patients live. This research proposes to look how an everyday life of these residences raises vectors for production of subjective.

In order to do so, we initially describe the history of living for madness in the West, from their freer movements until their enclosure; followed by the Brazilian context, experiences and political movements that initiated our current Mental Health Policy; up until its history and current setting of RT, especially in the city of São Paulo. We discuss the concept of everyday life using references from Pichon-Rivière and Michael de Certeau, and the concept of production of subjective from Felix Guattari.

We performed Participant Observation for a six months period in a male RT, in the city of São Paulo. This observation followed both their everyday life inside the house and their outdoors activities. Our methodological reference is Institutional Analysis, which allowed us to follow and draw some clippings of this RT's everyday life through analyser-scenes. These scenes were analysed by some vectors of subjectivity, specifically those indicated in the social rehabilitation perspective, by F. Rotelli and B. Saraceno: reconstructions of meaning/values, of time, of responsibility and the social re-entry. The concepts of reside and dwell were added as an analyses operators. This singular experience points to important reflections about RTs, principally when analysed the difficulties with their extension. It also showed us that social re-entry vector was the most frequent type to appear in the scenes.

We expect with this project to give visibility on the experiences like this, which shows that more than modifying the assistance model of Mental Healthy, we are giving the possibility to produce lives, even with the adversities of having a psychiatric suffering.

Key words: Therapeutic Residence, everyday life, production of subjective.

SUMÁRIO

LISTA DAS ABREVIACÕES	8
ÍNDICE DE QUADROS	10
ÍNDICE DE IMAGENS	11
INTRODUÇÃO	12
1 – MOVIMENTOS DO MORAR DA LOUCURA	18
1.1 – MOVIMENTOS DO MORAR DA LOUCURA NO MUNDO OCIDENTAL	19
1.2 – MOVIMENTOS DO MORAR DA LOUCURA NO BRASIL	29
1.3 – NOVAS EXPERIÊNCIAS DO MORAR DA LOUCURA NO BRASIL	34
1.4 –SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO	45
2 – COTIDIANO E PRODUÇÃO DE SUBJETIVIDADE	49
3 – PERCURSOS DE UMA PESQUISA	61
4 – COTIDIANOS NA RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA E PRODUÇÃO DE SUBJETIVIDADE	69
4.1 – RECONSTRUÇÃO DE SENTIDOS/VALORES	70
4.2 – RECONSTRUÇÃO DO TEMPO	78
4.3 – RECONSTRUÇÃO DA RESPONSABILIZAÇÃO	82
4.4 – REINGRESSO AO CORPO SOCIAL	85
4.5 – TRAJETÓRIA DE VIDA DE UM MORADOR.....	101
CONSIDERAÇÕES FINAIS	106
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	110
APÊNDICE	119
ANEXO	128

LISTA DAS ABREVIACÕES

(ordem alfabética)

AC(s) – Acompanhante(s) Comunitário(s)

AIH – Autorização de Internação Hospitalar

ASF – Associação Saúde da Família

AT – Acompanhamento Terapêutico

at – Acompanhante Terapêutico

BPC – Benefícios de Prestação Continuada

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CECCO – Centro de Convivência

COHAB – Companhia de Habitação

CPP II – Centro Psiquiátrico II

CRP-SP – Conselho Regional de Psicologia de São Paulo

HPRP – Hospital Psiquiátrico de Ribeirão Preto

IPUB – Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro

LOAS – Lei Orgânica de Assistência Social

MTSM – Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental

NAPS – Núcleo de Apoio Psicossocial

ONG(s) – Organização Não Governamental

PAD – Plano de Apoio a Desospitalização

PNASH – Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar

PSF – Programa Saúde da Família

PTS – Projeto Terapêutico Singular

PUC – Pontifícia Universidade Católica

PVC – Programa de Volta Pra Casa

RT(s) – Residência(s) Terapêutica(s)

SIH-SUS – Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde

SRT – Serviço Residencial Terapêutico

SMS-SP – Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Panorama das RTs na rede pública de saúde através dos anos	42
Quadro 2: Principais entraves que afetam a expansão das RTs no Brasil	44
Quadro 3: RTs do município de São Paulo por região	47

ÍNDICE DE IMAGENS

Imagem 1: Conjunto de palavras que compõem uma história de vida de um dos moradores	66
---	----

INTRODUÇÃO

Era 2006 e eu era estagiária num Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) III¹, uma das minhas atividades era estar o serviço sem prévias atividades, para acompanhar sua dinâmica. A porta da enfermaria era onde aconteciam as melhores interações entre funcionários e usuários, por isso ficava muito lá. Um dia estava em pé conversando com um usuário quando senti uma dor nas costas – levei um murro. Olho para trás e era Flor², moradora de uma Residência Terapêutica. Primeiro a dor, depois o susto, depois mais susto ainda quando me falaram “*Cuidado com ela, ela veio do Garcia Moreno³, se autoflagela, não fala nada com nada, usuária difícil daqui.*”. Respirei fundo e pensei “*não posso levar um soco assim e ficar por isso mesmo*”. Mais tarde a vejo sentada no chão da enfermaria, sento ao seu lado e logo pergunto “*Flor, por que você me bateu? Eu não lhe fiz nada!*” – “*Tia desculpa, é que eu tô agitada, quero injeção*”, olhei para uma funcionária que estava lá e ela aplicou a “*injeção da Flor*” (uma seringa sem agulha e sem medicação, um pouco de algodão com bastante álcool – ela vivia pedindo injeção, então as enfermeiras criaram esse placebo e “*aplicavam*” sempre que ela pedia). Ela ficou um tempo cheirando o algodão com álcool, depois olhou para mim e pediu desculpas novamente. Começamos a interagir e cada dia que passava, um vínculo maior íamos estabelecendo. Um dia descobri que ela gostava de cantar as músicas da novela. Procurei a sua referência técnica para saber qual era o projeto dela: nenhum. Ninguém sabia o que fazer com esses moradores. Pedi autorização para tentar algo. Toda segunda de manhã eu pegava um rádio e colocava um cd com várias músicas das novelas e ficávamos na enfermaria cantando. Repreenderam-nos bastante no começo porque a gente tumultuava o local, até que as enfermeiras perceberam que Flor não pedia mais injeção como antes e começaram a deixar o som ligado na rádio toda vez que ela ia para lá. Aqui nasceu todo o meu interesse de estudar mais sobre esse serviço/casa pouco conhecido.

As Residências Terapêuticas são um dos principais instrumentos de inserção do tema loucura na sociedade, como também uma excelente experiência de produção de subjetividade e saúde para pessoas que moraram por muitos anos em hospitais psiquiátricos.

Pensar em desinstitucionalização das práticas asilares é também pensar numa contínua invenção de instituições que estimulem produção de vidas, reconstrução de sentido, de valor, de tempo e de responsabilização. É também estar em alerta para

¹ São instituições de tratamento aos sujeitos com transtorno mental, no qual se estimula a integração social e familiar, apoio nas iniciativas autônomas, oferece-lhes atendimento multiprofissional. CAPS III é um serviço mais ampliado e funciona 24 horas (Ministério da Saúde, 2004a).

² Os nomes dos sujeitos foram modificados para preservar sua identidade.

³ Antigo Hospital Psiquiátrico de Sergipe público, fechado a pouco tempo.

identificar situações de sofrimento e de opressão; auxiliar no ingresso ao corpo social, como consumo, produção, trocas e novos papéis (Rotelli, 1990).

Para além disso, é manter a discussão acesa através da participação popular na construção dos serviços substitutivos vinculados a rede de saúde, para garantir uma atenção integral e de qualidade, atualizando e sustentando a utopia ativa da Luta Antimanicomial.

As Políticas Públicas de Saúde implantadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, desde a Constituição, adotaram os princípios de acesso universal, público e gratuito; de equidade, como dever de atender igualmente o direito de cada um, respeitando suas diferenças; de integralidade interinstitucional; de descentralização de recursos da saúde, com a proposta de garantir um cuidado de boa qualidade (Ministério da Saúde, 2004a). Além da hierarquização, regionalização e participação comunitária (Amarante, 1997).

É sair da relação médico-doente-doença, olhar para o sujeito e não somente a doença. Singularizá-lo e ocupar-se de tudo que se constituiu enquanto sujeito, não é negar a doença, é “afastar as incrustações, as superestruturas, produzidas tanto no interior da instituição do manicômio, em decorrência da condição de estar institucionalizado, quanto no mundo externo, em consequência da rotulação social que é fortemente autorizada pelo saber psiquiátrico.” (Amarante, 1996, p. 80).

Apoiando-se no conceito de produção de subjetividade, não é mais possível olhar para a doença mental como algo isolado e único do sujeito. “Na doença há uma construção de subjetividade radicalmente diversa, por isso nunca se pode tratar o sintoma, é preciso tratar o sujeito.” (Henrique *et al*, 2001, p. 13). Entender que doença e saúde não são mais opostas possibilita um olhar diferente para o trabalho na saúde coletiva. Fala-se agora em produção de saúde, entendendo-a em “seu caráter processual e coletivo, cujo modelo de atenção pode ser apreendido através das noções de prevenção, cuidado, proteção, tratamento, recuperação e promoção de saúde.” (Escóssia e Manguiera, 2004, p. 3).

A desinstitucionalização materializa-se para além de uma desconstrução do manicômio, lócus de uma psiquiatria tida como poder legítimo de gerir as figuras de miséria, periculosidade social, marginalidade e improdutividade, associadas ao rótulo de

doente mental. Ela prevê a desmontagem de um aparato material e teórico-conceitual (Amarante, 1996; Rotelli, 1990; Birman, 1999) e a criação de uma rede de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos que potencializem uma produção de saúde para os sujeitos com sofrimento psíquico.

Dentro dessa rede proposta, as Residências Terapêuticas (RT) são casas que acolhem ex-internos dos hospitais psiquiátricos que não possuem mais uma rede social que os apoiem (seja familiar ou amigos) e que não tenham onde morar; também é garantido a continuação do tratamento em serviço de saúde mental. Elas se mostram como um valorativo dispositivo para desenvolver o processo de redução de leitos psiquiátricos, assegurando a assistência desses sujeitos e evitando a transinstitucionalização (deslocamento da clientela psiquiátrica para instituições similares) (Vasconcelos, 2000), simples desospitalização e negligência social, sobretudo tendo em vista o aumento da população que vive nas ruas.

Todas as RTs são acompanhadas por cuidadores⁴ e supervisão técnica, além de serem vinculados a um serviço de tratamento especializado: o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Vários desses moradores também recebem auxílio financeiro do Programa de Volta Pra Casa (PVC) que atualmente atende 3.832 pessoas (Ministério da Saúde, 2011) e aposentadorias ou Benefícios de Prestação Continuada (BPC), como os oferecidos pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS – Lei n. 8742/1993).

As discussões em torno dos usuários egressos dos hospitais psiquiátricos, que não tinham onde morar e nem contato com sua família, já era tema na II Conferência Nacional de Saúde Mental em 1992, que mostrou a importância das experiências com Lares Abrigados como uma estratégia para a reestruturação do modelo substitutivo. Do ponto de vista administrativo-financeiro, essas primeiras moradias eram mantidas com as Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) que financiavam o hospital: pegava-se o dinheiro e se faziam as casas, com transparência e responsabilidade, porém a rigor, os pacientes continuavam legalmente internados nos hospitais (Scarcelli, 2011).

Mas foi em 2000 com a Portaria nº 106/2000 que o Ministério da Saúde introduziu os Serviços Residenciais Terapêuticos no âmbito do SUS. Apesar de o nome incluir “serviço”, deve-se entendê-los muito mais como moradias do que serviços de

⁴ Em São Paulo os cuidadores são chamados de Acompanhantes Comunitários (ACs).

saúde. São espaços do morar articulados à rede de atenção psicossocial. Esta portaria estabelece que deve ser vinculada à moradia profissionais com experiência e/ou capacitação específica em reabilitação psicossocial (Ministério da Saúde, 2004b).

A denominação de serviço aqui também serve para colocar em destaque uma resposta a moradia dos usuários e de realocar recursos da saúde, inserindo um modelo diferenciado de serviço no âmbito do SUS. Assim também se evita que esses recursos sejam extintos, garantindo assim o seu financiamento. “A saída do paciente do hospital para a residência implica o término do leito que ele ocupava no hospital, a Autorização de Internação Hospitalar (AIH), que antes era repassada para o hospital, passa a ser transferida para o órgão responsável pela residência.” (Medeiros e Dimenstein, 2009, p. 221).

Além disso, por ser um projeto do setor da saúde, precisava ter um nome terapêutico, para caracterizá-lo como tal (Scarcelli, 2011). Porém, na realidade, este “nome” sobrepõe duas de suas dimensões: casa e serviço. Morar casa como uma proposta de construção de laços sociais, familiares e subjetivos, e o morar serviço porque há funcionários e vários instrumentos administrativos de um serviço de saúde, como livro de ata por exemplo. É aqui quando a moradia corre o risco de estabelecer um cotidiano que tenha pouca participação dos moradores, podendo inclusive os profissionais reproduzirem lógicas manicomial e virarem “tutores” dos moradores (Medeiros e Dimenstein, 2009).

A passos lentos, os projetos das RTs foram desenvolvidos no país. Em 2011 estávamos com 596 em funcionamento. Um número ainda bastante reduzido se associarmos a demanda de pacientes/moradores em hospitais psiquiátricos (Ministério da Saúde, 2011).

Em 2011 o país tem 1.650 CAPS, mas com 32.681 leitos/SUS distribuídos em território nacional (Ministério da Saúde, 2011), o que demonstra um crescimento dos serviços substitutivos em termos de números, mas não divulga o trabalho e nem como os leitos dos hospitais psiquiátricos estão sendo ocupados.

Em 2008 um censo psicossocial dos pacientes/moradores⁵ em hospitais psiquiátricos demonstrou que na Grande São Paulo existem 12 Hospitais Psiquiátricos,

⁵ Sujeitos que permanecem internados na instituição em tempo igual ou maior que 1 (um) ano ininterrupto, chamados de “paciente de longa permanência” (Barros e Bichaff, 2008).

onde 605 sujeitos são moradores⁶. Dentre eles, 65,27% afirmam que o motivo da sua permanência é a precariedade social⁷ e o diagnóstico de transtorno mental (Barros e Bichaff, 2008).

Por isso, cada vez mais precisamos intensificar as discussões acerca do Movimento da Luta Antimanicomial por meio das RTs, consolidando estes espaços como um dispositivo estratégico para análise e intervenção da Política Nacional de Saúde Mental, especialmente nas relações entre a saúde mental e a sociedade, a política e a estrutura oferecida para tratamento.

Esta pesquisa se propõe a olhar as RTs na perspectiva de como o cotidiano dos moradores (coletivo e singular, dentro e fora da casa), ensejam vetores de produção de subjetividade, ou no dizer de Rotelli (1990), de reconstrução de sentido/valor, de tempo, de responsabilização e do reingresso ao corpo social.

No primeiro capítulo, trazemos a história do morar da loucura⁸, desde os seus movimentos mais “livres” na sociedade, antes dela ser classificada como “desvio” (Foucault, 1978) até o enclausuramento do louco, passando pela trajetória brasileira, suas experiências e os movimentos políticos que encadearam a nossa atual Política de Saúde Mental, até a história e situação atual das RTs no município de São Paulo.

No segundo capítulo, apresentamos nossa proposta teórica acerca do cotidiano e a produção de subjetividade que ocorrem nesse espaço-tempo. Valemo-nos, para uma concepção sobre o cotidiano principalmente das ideias de Pichon-Rivière e Michel de Certeau; para a discussão sobre produção de subjetividade nos apoiamos em Felix Guattari e em outros autores contemporâneos que trabalham mais especialmente as fronteiras cidade/loucura/produção de subjetividade.

No terceiro capítulo, traçamos a trajetória que esta pesquisa percorreu, bem como os referenciais da Análise Institucional que nos permitiram acompanhar e desenhar alguns recortes do cotidiano de uma RT e narrar algumas cenas-analisadoras dos efeitos de produção de subjetividade.

⁶ No Estado de São Paulo são 58 hospitais psiquiátricos com 6.349 moradores (Barros e Bichaff, 2008).

⁷ Entende-se por precariedade social a ausência de contato familiar e conseqüente falta de referência de moradia associada à falta de renda (Barros e Bichaff, 2008).

⁸ Loucura como conceito produzido no século XVII, a partir do Grande Enclausuramento (Foucault, 1978; Pelbart, 2009).

No quarto desenvolvemos a análise a partir de cenas que nos auxiliaram na reflexão do nosso objetivo de pesquisa. Mostraremos também a construção de trajetória de vida de um dos moradores, que se destacou pelas especificidades da sua entrada nesta Residência.

A partir da reflexão desenvolvida neste trabalho, gostaríamos de destacar a importância desta casa/serviço na construção de uma rede de assistência e cuidado ao sujeito com sofrimento psíquico, principalmente enquanto existirem pacientes/moradores nos hospitais psiquiátricos em condições de sair, mas que não o fazem por falta de moradia. Precisamos assegurar, além de um tratamento multiprofissional de portas abertas, a possibilidade de produção de vida sem o isolamento da sociedade nas instituições. Principalmente neste período de instituição da Política Nacional de Saúde Mental Brasileira.

1. MOVIMENTOS DO MORAR DA LOUCURA

“(...) a história da psiquiatria é uma história de “casas”, mais ou menos fechadas,
mais ou menos isoladas, mais ou menos vigiadas”

(Benedetto Saraceno)

Apresentaremos neste primeiro capítulo os movimentos do morar⁹ da loucura. Num primeiro momento acompanharemos as contribuições trazidas por Foucault (1978), Castel (1978), Goffman (2008) e Birman (1992) que relatam desde os movimentos mais “livres” do louco no circuito social até seu enclausuramento pelas instituições asilares, pelos tratados médicos e a medicalização. Também mostraremos as primeiras experiências de desospitalização no século XX e o movimento da Reforma Psiquiátrica Democrática na Itália, que embasou a Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Dedicamos a segunda parte aos movimentos do morar da loucura no Brasil, desde o primeiro hospício criado em 1852 até o processo de desinstitucionalização provocado pelos movimentos políticos de 1970 e 1980, culminando na mudança da assistência a Saúde Mental no país e atual Política. Dentro deste processo de mudanças, mostraremos as novas experiências do morar da loucura com os primeiros “Lares Abrigados” em 1984 até a publicação da Portaria que institui as Residências Terapêuticas.

Por fim, contextualizaremos o processo histórico e atual das RTs no município de São Paulo, lócus desta pesquisa.

⁹ Neste trabalho, o conceito de *morar* aproxima-se do de *estar* trabalhado por Saraceno (2001) que “tem a ver com a escassa ou nula propriedade (não só material) do espaço por parte de um indivíduo, com uma anomia e anonimato do espaço em relação àquele indivíduo que no dito espaço não tem poder decisional nem material nem simbólico.” (p. 114).

1.1. MOVIMENTOS DO MORAR DA LOUCURA NO MUNDO OCIDENTAL

Neste primeiro capítulo, convidamos o leitor a acompanhar as formas da loucura “morar” ao longo da nossa história. Valemo-nos neste trajeto dos estudos de Foucault, Castel, Goffman, Basaglia, Birman, Amarante, entre outros. O leitor verá que tais formas circunscrevem um movimento que vai do espaço mais aberto ao mais fechado, na direção de um crescente enclausuramento (Foucault, 1978; Pelbart, 2009).

Segundo os estudos de Foucault, em seu livro *História da Loucura*, até o século XV, a loucura era uma forma de “consciência crítica do homem e uma experiência trágica”, muito bem representada nas pinturas Renascentistas, que revelavam que o onírico fazia parte também do real. Era um símbolo de sabedoria denunciadora, uma ironia inquieta que foi mascarada pelos privilégios de uma consciência crítica, na qual a razão prevalecia. A “experiência trágica e cósmica da loucura”, que antes era encontrada em qualquer ambiente, perdeu seu espaço, ou melhor, adquiriu novos espaços, em prol de uma racionalização (e também de uma higienização) da sociedade (Foucault, 1978, p. 29).

O louco vai tornar-se objeto de análise, isto é, começa a se constituir uma positividade daquilo que por ele se pode conhecer e a via central de objetivação será pela sua negatividade moral. Movimento que Foucault mostra na definição encontrada na Enciclopédia: “Afastar-se da razão sem o saber, por ser privado de ideias é ser *imbecil*; afastar-se da razão, sabendo-o, porque se é escravo de uma paixão violenta, é ser *fraco*; mas afastar-se da razão com confiança, e com firme persuasão de estar obedecendo à razão, é o que constitui, a meu ver, o que chamamos de ser *louco*” (Foucault, 1978, p. 186, grifos do autor).

Num movimento de classificações e soluções urbanas, configurou-se a necessidade de constituir a cidade como unidade, de se organizar o corpo urbano de forma coerente, homogêneo, dependendo de um poder único e bem regulamentado (Foucault, 2005). Desta forma, os loucos (assim como mendigos, vagabundos, prostitutas e ociosos) ganharam o seu lugar na cidade dentro das Casas de Internação (Hospitais Gerais). A medida encontrada para solucionar a “perambulação” dessas pessoas nas ruas foi colocá-las em regime de internamento dentro desses estabelecimentos, onde eles receberiam alimentação, lugar para dormir e um ofício. Uma das atividades exercidas

neste espaço era a fabricação de produtos manufaturados que eram vendidos nos comércios locais. Com o tempo, estes produtos começaram a regular os preços e a incomodar o comércio da época, pois, eram comercializados a preços muito baixos. Com isso, tivemos no século XVII o que poderíamos chamar da primeira “des-internação”: a ociosidade tornou-se uma questão moral e o trabalho passou a ser uma necessidade para os seres humanos. Desta forma, aqueles que estavam capacitados ao trabalho deveriam sair dos Internamentos e assumir algum ofício, deixando o espaço da clausura para os “incapacitados moralmente ao trabalho” (Foucault, 1978).

A internação é uma criação institucional própria ao século XVII. Ela assumiu, desde o início, uma amplitude que não lhe permite uma comparação com a prisão tal como esta era praticada na Idade Média. Como medida econômica e precaução social, ela tem valor de invenção. Mas na história do desatino, ela designa um evento decisivo: o momento em que a loucura é percebida no horizonte social da pobreza, da incapacidade para o trabalho, da impossibilidade de integrar-se no grupo; o momento em que começa a inserir-se no texto dos problemas da cidade. (Foucault, 1978, p. 78).

A exemplo na França, o poder real criou o “depósito de mendigos” que herdavam, em partes, funções dos Hospitais Gerais, pois estavam cada vez mais lotados. Nesse período, os loucos tinham basicamente dois destinos (ou espaços): ou eram cuidados pelos parentes, geralmente aqueles que eram considerados “alienados intratáveis”; ou em estabelecimentos destinados a recebê-los pelo poder local. Interessante perceber que ao final do Antigo Regime¹⁰ quatro tipos de estabelecimentos acolhiam os insanos: fundações religiosas, prisões do Estado, Hospitais Gerais e pensões mantidas por leigos. Alguns desses lugares eram fundações reais e eram colocados sobre o controle direto dos agentes reais e administradas por um pessoal leigo (Castel, 1978).

Por volta do final do século XVIII e início do século XIX, a loucura recebeu uma demasiada importância, inclusive legislativa na França (com a criação de leis que organizam os seus destinos). De fato, segundo Castel, a loucura não se fazia questão social de importância se compararmos numericamente com as outras: mendicância, vagabundagem, pauperismos, menores abandonados, doentes indigentes, etc.

¹⁰ Sistema social e político aristocrático na França, entre os séculos XVI e XVIII.

Contudo, os alienados “beneficiaram-se” do primeiro encargo sistemático, reconhecido como direito e sancionado por uma lei que antecipa toda a “legislação social” que virá cinquenta anos depois. (...) Sobre a questão da loucura, por intermédio de sua medicalização, inventou-se *um novo estatuto de tutela* essencial para o funcionamento de uma sociedade contratual. (Castel, 1978, p. 34, grifos do autor).

O louco passou a oscilar entre perigoso e inocente, escapando das categorizações jurídicas e caindo nos cuidados da filantropia e da medicina (Castel, 1978).

A partir do século XVIII, iniciou-se o reconhecimento da competência especialista da medicina mental que trouxe soluções aos alienados. Era um período em que a loucura passou a ser objeto de uma percepção mais médica e as práticas voltadas para os insanos começavam a diferenciar-se dos outros reclusos. Viu-se então reconhecida a qualidade de doente aos insanos. Com isso, foi necessário uma reorganização dos espaços: os doentes não poderiam mais ficar nas casas de detenção e assim lhe foram reservados pavilhões especiais nos depósitos de mendigos, alguns foram destinados ao tratamento e outros a conter aqueles que não se submeteram ao mesmo (Castel, 1978).

A internação num “estabelecimento especial” foi o elemento determinante que condicionou o status de saber/poder que a medicina adquiriu sob a loucura. A “relação medicina-hospitalização, o desenvolvimento de uma tecnologia hospitalar, o desenrolar de um novo tipo de poder na instituição, a aquisição de um novo mandato social a partir de práticas centradas, inicialmente, no baluarte asilar.” (Castel, 1978, p. 56). O hospital aqui, foi considerado instrumento de cura, “agente terapêutico mais poderoso contra as doenças mentais.” (Esquirol *apud* Castel, 1978).

A reordenação desse espaço de cura ocorreu com a nomeação de Pinel como diretor de um hospital em 1793 (Hospital Bicêtre na França). Ele trouxe o isolamento, exclusão e afastamento como terapêuticas contra a loucura e deu o status de doente ao alienado. Se há doença, há sintoma, sendo assim, pode ser tratado com o isolamento ao mundo exterior; com a constituição de uma ordem asilar, com hierarquia e regras imutáveis; e com a relação de autoridade (médico e seus auxiliares) (Castel, 1978).

O trabalho desenvolvido por Pinel foi a síntese do período alienista: classificação do espaço institucional, arranjo nosográfico das doenças mentais e relação específica de poder entre médico e o doente, o “tratamento mental” (Castel, 1978).

Neste período, que foi marcado pelo advento da sociedade moderna, os loucos teriam diretos ao cuidado medicamentoso e de serem protegidos pelo Estado, dando início à exclusão do estatuto de cidadania (Birman, 1992).

A medicina mental passou a ser então uma ciência que tomou para si o saber sob estes corpos e desenvolveu terapêuticas para responder demandas sociais, entre elas à necessidade de descobrir a cura e formas de tratamento para aqueles que sofriam o desatino. Desta forma, a medicina transformou-se num *dispositivo* (conceito proposto por Foucault), “pois articulando saber e poder constituiu uma série de *práticas disciplinares* sobre o corpo e na gestão regular do espaço social.” (Birman, 1992, p. 79, grifos do autor).

Ao longo dos anos, as tecnologias dirigidas à loucura realizaram distintas objetivações. O louco foi primeiro objeto da desordem, depois de tratamento. Por um século e meio foram desenvolvidas técnicas que aumentavam cada vez mais a apartação, a exclusão, o isolamento e o afastamento social. Foram, assim, “cortadas as vias para a desinstitucionalização, para a assistência a domicílio, para a confiança no valor terapêutico dos vínculos familiares e das relações não profissionais, etc. A hospitalização torna-se a única e necessária resposta ao questionamento da loucura.” (Castel, 1978, p. 86).

Desta forma, os asilos (e posteriormente os hospitais psiquiátricos) como lócus deste saber/poder, tornaram-se instituições totais, definidas por Goffman 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, 2008, p. 11).

A pesquisa de Goffman, publicada em 1961, foi produto da sua vivência no hospital psiquiátrico, onde, sob uma perspectiva etnográfica, observou as mudanças produzidas nos sujeitos aprisionados através do cotidiano desse espaço e como a segregação atua sobre os sujeitos. Nesse trabalho os doentes mentais (assim chamados na época) traçavam dentro desses espaços uma carreira, dividida em três fases principais: período anterior a admissão no hospital (pré-paciente), período no hospital (fase de internamento) e período posterior à alta no hospital (quando ocorre, pode ser chamada de fase de ex-doente). Nesta trajetória ocorreria uma “mortificação do eu”, quando os

sujeitos vão perdendo suas características singulares, suas histórias e suas referências, para uma uniformização dos internos (Goffman, 2008).

O aspecto central dessas instituições é romper as barreiras que separam as três esferas da vida: dormir, brincar e trabalhar. Tudo é realizado no mesmo local e sob uma autoridade; cada fase da atividade diária do participante é realizada na companhia imediata de um grupo grande de outras pessoas; todas as atividades diárias são estabelecidas em horários rígidos e aquelas atividades obrigatórias são reunidas num plano racional único, supostamente para atender aos objetivos oficiais da instituição. (Scarcelli, 2011, p. 26).

Podemos começar a falar em uma serialização do cotidiano, ou, numa ordem mais íntima, serialização do sujeito.

Ainda sobre o hospital, Basaglia (1994) destaca que a dificuldade deste espaço está no seu mandato social como instituição, que no pior dos casos assumia um papel punitivo, e no melhor dos casos “integrante”. Assumida como valor na época, as terapêuticas que visaram esta “integração” trabalhavam com a noção de controle e reeducação dos comportamentos socialmente desviados em função da readaptação a formas sociais comumente aceitas. Além disso, Goffman (2008) ressalta que

quanto mais “médico” e “progressista” for um hospital – quanto mais tenta ser terapêutico e não apenas “depósito” – mais precisa enfrentar a afirmação desta alta administração de que seu passado [do doente mental] foi um fracasso, que a causa disso está nele mesmo, que sua atitude diante da vida é errada, e que, se desejar ser uma pessoa, precisa mudar sua maneira de lidar com as pessoas e suas concepções de si mesmo. (Goffman, 1961, p. 128).

Na década de 1960 (século XX) as críticas ao tratamento dentro destas instituições totais tomaram força em vários países como na Inglaterra (Comunidades Terapêuticas), França (Psicoterapia Institucional), Estados Unidos (Psiquiatria Social que depois se tornou Psiquiatria Comunitária ou Preventiva) e Itália (Reforma Psiquiátrica Democrática). Associado às questões institucionais deste tratamento, havia também uma precariedade de vida nesses espaços (a falta de alimentação decente, desassistência, ambientes sujos, abandono etc.) (Birman e Costa, 1994).

Em todos estes países ocorreram experiências de desospitalização para moradores psiquiátricos. Vasconcelos (2000), Moreira e Andrade (2007) sistematizam algumas delas:

a) *Adaptações de casas internas ao ambiente hospitalar com criação de espaços privados nas acomodações antigas* – conhecidas como *hospital hostels* ou *hospital wards in the community*, em que ocorreram adaptações nas alas ou no espaço interno do hospital para criação de suítes, apartamentos ou casas em que os moradores detêm a chave. Normalmente destinados aos moradores com maior dependência, mais desafiadores, ou aqueles que preferiram continuar no hospital.

b) *Reinserção comunitária através de habitação em famílias adotivas* – famílias receberiam os egressos dos hospitais como filhos adotivos, recebendo uma ajuda custo financeiro para tal. A limitação percebida para esta estratégia foi que algumas famílias pobres utilizavam esta adoção como única fonte de renda, mantendo ainda assim o estigma de exclusão na comunidade.

c) *Casas coletivas montadas na comunidade* – exigem um considerável grau de investimento para planejar, financiar, selecionar e preparar os moradores e os trabalhadores que vão auxiliar as casas, além da manutenção e recursos humanos. Porém foi considerado como um dos melhores resultados devido ao seu baixo índice de readmissões nos hospitais, melhoria nas relações sociais, no autocuidado e na qualidade de vida desses moradores.

d) *Serviços integrados a um serviço aberto* – inclui várias unidades residenciais com níveis diferenciados de autonomia e vida independente, integrado a um serviço (geralmente 24 horas) para dar suporte. Por um lado esta estratégia permite uma passagem mais tranquila para um nível maior de autonomia e por outro pode aumentar a carga de trabalho no serviço que oferece assistência.

e) *Comunidades terapêuticas*¹¹ – são comunidades formadas para atender o público que saiu do hospital ou para aqueles que têm o mesmo perfil com serviços terapêuticos e atenção psicossocial acoplados diretamente à comunidade. Sua limitação é

¹¹ São diferentes das atuais Comunidades Terapêuticas que atendem usuários de álcool e outras drogas. Estas são iniciativas da sociedade civil, com pouca ou nenhuma regulação pública, que oferecem tratamento através da internação, inclusive compulsória sem processo judicial, e que geralmente se fundamentam em propostas contrárias a Política Nacional de atenção a este público. Recentemente o Conselho Federal de Psicologia divulgou um relatório sobre estes estabelecimentos e constatou várias violações de direitos humanos, entre elas: “interceptação e violação de correspondências, violência física, castigos, torturas, exposição de situação de humilhação, imposição de credo, exigência de exames clínicos, como anti-HIV – exigência esta inconstitucional -, intimidações, desrespeito à orientação sexual, revista vexatória de familiares, violação de privacidade, entre outras” (Conselho Federal de Psicologia, 2011, p. 190).

a manutenção da lógica fechada das instituições psiquiátricas e elas continuam a segregação e a exclusão desses sujeitos.

f) *E outros esquemas individuais no mercado privado de moradias* – como, por exemplo, alugueis de moradias. Uma modalidade preferida pelos usuários, mas que vem apresentado inúmeros problemas como atraso no pagamento, reclamação constante da vizinhança e solidão por falta de suporte.

Importante destacar que algumas pesquisas apontaram uma resistência ou um não desejo de sair do hospital psiquiátrico. Segundo Machado (2005), alguns relatos de usuários apontam o hospital como um local seguro frente aos perigos da cidade, além de garantir as condições básicas de sobrevivência, como moradia, alimentação, roupa limpa etc., além do tratamento de saúde e a garantia do remédio. Devemos lembrar que boa parte da população moradora nos hospitais psiquiátricos são pessoas com nenhuma ou baixa renda financeira, que numa situação fora hospital passariam bastante dificuldade para ter o mínimo de condições básicas para a sobrevivência na cidade. Autores além de Machado, como Moreira e Andrade (2007) avaliam que a principal causa para a recusa da desospitalização é uma questão socioeconômica, ou, como chama Barros e Bichaff (2008), a precariedade social: ausência de contato familiar e consequente falta de referência de moradia, associada à falta de renda.

Nos países como Inglaterra, Canadá e Estados Unidos foram apontados uma insuficiência de serviços de moradia diante da magnitude dos processos de desospitalização e um risco verdadeiro de transinstitucionalização¹² (Mângia e Rosa, 2002).

É por caminhar numa outra perspectiva que a Reforma Psiquiátrica Italiana tornou-se internacionalmente conhecida (e adotada aqui no Brasil como referência teórica e prática no final da década de 70). Sua estratégia assumiu a necessidade de superar o hospital psiquiátrico não só como espaço físico, mas também como espaço de produção de saberes que corroboravam com as práticas de exclusão ao doente mental¹³. A

¹² Transinstitucionalização é o processo quando a desospitalização ocorre, mas não há centros que forneçam uma assistência alternativa aos cuidados hospitalares. Ou seja, o morador do hospital psiquiátrico sai, mas fica sem tratamento extra-hospitalar e acaba re-internando ou vai para outras instituições asilares (Vasconcelos, 2000; Barros e Bichaff, 2008).

¹³ O movimento proposto por Basaglia foi de colocar a doença mental entre parênteses, esquecendo as categorizações das doenças, olhando para o sujeito e não somente para a doença. Singularizando-o e

implantação dos serviços residenciais se tornou, juntamente com os serviços de atenção contínua (24 horas), o principal instrumento para esta superação. Pois não adiantava apenas retirar as pessoas dos hospitais, precisaria colocar em questão esse lugar e principalmente o saber/poder que ele exerce tanto nos internos quanto em seus funcionários. Este processo, de *desinstitucionalização*, pode ser definido como:

desospitalizar, propondo instâncias externas totalmente substitutivas ao hospital; (...) propiciando a unicidade de responsabilidade sobre o Território; superar os ideais da comunidade, terapêutica ou não, em favor da consideração das sociedades locais com seus conflitos e contradições reais; superar o monopólio das especialidades, utilizando as múltiplas potencialidades dos trabalhadores institucionais para a ativação de todos os recursos disponíveis, inclusive os dos usuários das instituições” (Costa-Rosa et al, 2002, p.39-40).

Em 1971 na Itália (na cidade Trieste), iniciou-se este processo de transformação do hospital psiquiátrico. A mudança ocorreu de dentro para fora, num processo de desconstrução do manicômio. Dentro do hospital, os internos já não eram mais agrupados pelo diagnóstico ou comportamento, o que permitiu uma das primeiras quebras das lógicas manicomiais. A divisão rígida dos sexos também

foi substituída por pavilhões mistos, constituindo-se pequenos grupos de pacientes, que, reutilizando os espaços disponíveis do interior do parque de San Giovanni, formaram as primeiras casas-famílias. Estes grupos-apartamentos representaram o primeiro núcleo de vida autônoma, isto é, a possibilidade de dispor de espaços próprios, podendo cozinhar, fazer compras e organizar seu cotidiano com o auxílio de enfermeiros. (Barros, 1994, p. 76-77).

Em seguida, esses apartamentos saíram do hospital e foram para a comunidade. Inicialmente o projeto previa a reestruturação de prédios dentro do complexo hospitalar, organizando apartamentos autogeridos, que utilizariam apenas as estruturas do hospital. Porém, iniciou-se outro projeto que levaria apartamentos para a comunidade, comprando ou alugando esses espaços. O trabalho da equipe com o progressivo fechamento dos

ocupando-se de tudo que se constituiu em torno da doença. Não é negar a existência da doença, a intenção é “afastar as incrustações, as superestruturas, produzidas tanto no interior da instituição do manicômio, em decorrência da condição de estar institucionalizado, quanto no mundo externo, em consequência da rotulação social que é fortemente autorizada pelo saber psiquiátrico.” (AMARANTE, 1996, p.80).

pavilhões foi de buscar responder as necessidades concretas das pessoas, como objetos, roupas, dinheiro e exercer uma atividade remunerada (Barros, 1994).

Enquanto isso, para aqueles que permaneciam no hospital, foi formalizado em 1973, a condição de *hóspede*, que designava o estatuto jurídico-administrativo de que, sem qualquer razão médica, esta pessoa necessitava de proteção, alojamento, assistência não hospitalar até sua efetiva reinserção social¹⁴. Este estatuto possui também um valor estratégico: apontava no território a ausência de casas, escassez e fragilidade dos serviços sociais e a miséria que as pessoas traziam consigo ao saírem do manicômio (Barros, 1994).

A lógica de tratamento passou a ser outra:

Na prática é possível oferecer ao paciente em crise, além de uma primeira intervenção farmacológica, a possibilidade de ser acompanhado em casa após haver estabelecido um programa terapêutico inicial, oferece-lhe a internação na enfermaria não em termos compulsórios, mas através de um acordo, frequentemente após longo e difícil diálogo – sempre muito rico de significados. É este o momento de uma passagem gradual e lenta de todas as funções do hospital aos serviços territoriais. É também o momento mais agudo do contraste com a opinião pública de um lado e com o aparato administrativo do outro. A tendência é, de fato, de modificar o estatuto e a identidade social do doente mental; qualquer atraso na intervenção, qualquer distúrbio do paciente vem enfatizado e proposto pela imprensa e políticos como sinal inequívoco da impossibilidade de realizar qualquer projeto e como sinal de ameaça a ordem social. (Dell'Acqua e Mezzina, 1988, *apud* Barros, 1994, p. 82).

Eram quatro tipos de residências: apartamento, residência comunitária, comunidade de reabilitação e serviço para anciãos. Em 1981, 289 pessoas moravam nesses espaços.

Foi com essa perspectiva que os serviços residenciais na Itália (e também no Brasil) foram concebidos: como substitutivos ao hospital e como intermediários na transição para comunidade. Assumindo esta postura de quebra de paradigmas psiquiátricos clássicos, estes serviços enfrentaram novas demandas que exigiam transformações significativas nos moldes de oferecer cuidados nos planos individual (promovendo a estruturação de novas identidades para as pessoas que foram desestruturadas pelos processos de institucionalização), familiar (promovendo a aceitação daqueles que viveram processo de exclusão) e social (promovendo processos de inclusão

¹⁴ Vem desta experiência a construção do conceito de morador que utilizaremos ao longo do trabalho.

capazes de viabilizar o retorno ou permanência da pessoa em seu território) (Mângia e Rosa, 2002).

Destacaremos a seguir os movimentos do morar da loucura no Brasil desde seus primeiros registros acerca do tema.

1.2. MOVIMENTOS DO MORAR DA LOUCURA NO BRASIL

O primeiro hospício criado no Brasil foi em 1852, na cidade do Rio de Janeiro, chamado Hospício de Pedro II¹⁵. Este foi considerado um marco institucional na assistência psiquiátrica brasileira e sua fundação baseou-se no princípio do isolamento como tratamento terapêutico, em modelo asilar, respaldado pela proposta de tratamento moral fundada por Pinel¹⁶ (Barros e Bichaff, 2008). De sua criação até a Proclamação da República, os médicos não lhe pouparam críticas, pois denunciavam a inexistência de um “projeto assistencial científico” e o fato de estarem excluídos de sua direção (pois era coordenada pela Provedoria da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro e pela Igreja, com ativa participação da Irmandade de São Vicente) (Amarante, 1994). O asilo neste período tinha duas funções principais: prova e produção da verdade, como também conhecimento e constatação de fenômenos. O isolamento mostrava-se necessário por cinco razões: garantir a segurança pessoal dos loucos e de suas famílias, libertá-los das influências externas, vencerem suas resistências pessoais, submetê-los a regime médico, e impor-lhes novos hábitos intelectuais e morais (Foucault, 1978).

Com a chegada dos republicanos ao poder, o Hospício de Pedro II foi desvinculado da Santa Casa e tornou-se subordinado à administração pública, passando a se chamar Hospício Nacional de Alienados em 1890. No início do século XX reestruturou-se a assistência aos alienados e para tanto, o governo reformista de Rodrigues Alves chamou Juliano Moreira (médico, recém chegado de seus estudos na Europa) para criar uma política nacional no campo dos alienados (Delgado, 1992).

A nossa primeira Reforma Psiquiátrica aconteceu. Foram criadas colônias agrícolas de inspiração germânica, que tinham como ideia fundamental “fazer a comunidade e os loucos conviverem fraternalmente em casa ou no trabalho. O trabalho é, pois, um valor decisivo na formação social burguesa e, como consequência, passa a

¹⁵ Segundo Cunha (1986), efetivamente o primeiro hospício foi o Asilo Provisório de Alienados na cidade de São Paulo, que funcionava na Avenida São João, nas imediações da atual Praça da República. Ele foi criado para abrigar os loucos provisoriamente até a construção do hospício da cidade, os loucos “excedentes” da cidade eram enviados ao hospício do Rio de Janeiro, pois tinha mais estrutura.

¹⁶ Phillipe Pinel: médico, filósofo, matemático e enciclopedista, um dos fundadores da clínica médica. Mais conhecido por ter iniciado uma modificação do Hospital Bicêtre, em 1793, onde mandou desacorrentar os alienados e inscreve suas alienações na nosografia médica. Esquadrinhou o Hospital Geral e nele reservou um primeiro espaço rigorosamente médico para os alienados (Amarante, 1996).

merecer uma função nuclear na terapêutica asilar.” (Amarante, 1994, p. 76). Assim surgiram a Colônia de São Bento e de Conde de Mesquita, no Rio de Janeiro e a Colônia de Juquery em São Paulo¹⁷.

Peço neste momento um espaço nessa história para relatar um habitar dentro dessas colônias agrícolas, descrita pela jornalista Luciana Hidalgo (1996) ao escrever a primeira biografia do Arthur Bispo do Rosario, artista “esquizofrênico-paranóide” (assim intitulado pela psiquiatria do momento) reconhecido no mundo inteiro por suas obras de arte. Morou por quase cinquenta anos (entre altas e re-internações) na Colônia Juliano Moreira no Rio de Janeiro¹⁸.

No dia 25 de janeiro de 1939, ele [Arthur Bispo do Rosario] atravessou o portão do manicômio. Um hospício que tinha um lema: praxis omnia vincit. Em bom português: o trabalho tudo vence. (p.19)

(...)

A Colônia Juliano Moreira era um admirável mundo novo para Bispo. Uma área verde de mais de sete mil metros quadrados nos arredores do Maciço da Pedra Branca, com direito a gruta, cachoeira e o bucolismo da Mata Atlântica. Um córrego cortava a vasta região que, em extensão, equivalia ao bairro de Copacabana. Aquela era a antiga Fazenda do Engenho Novo, desapropriada para sediar a Colônia, e que ainda guardava rastros de seu passado histórico. O mato abria brechas para construções do século XIX e exibia raridades arquitetônicas como a Igreja Nossa Senhora dos Remédios, freqüentada pela população do manicômio. Um paraíso, para alguns. O fim da carreira de um cérebro, à luz da razão local. (p. 20)

(...)

Flashes desse passado psiquiátrico jogam o foco num Bispo a princípio delirante, sem cabresto dos próprios sentidos, trancado num dos quartos-fortes do núcleo. Os cubículos abrigavam um colchonete no chão e, ao lado, um buraco no solo com fezes à mostra e insetos em volta. As bandejas de comida eram levadas pelos funcionários, e os presos só viam o sol gradeado de barras de ferro. Tinha gente que ficava mais de seis meses nessa vida banida e só saía depois da violência esmorecer o corpo. O aprisionamento era lei naqueles tempos em que não havia tranquilizantes para driblar os nervos. (p. 21-22)

(...)

O estado de sítio era um rito diário na Colônia. O alto-falante ecoava no manicômio com rigor de um sino: - Atenção, senhores médicos, enfermeiros, guardas, recolher. Hora da Ave Maria.

Todo santo dia, às dezoito horas, o ritual fazia a Colônia vibrar ao som do hino da Virgem. Embalava, dava um tom suntuoso ao hospício e anunciava o desfecho de mais um dia no quartel-general da “loucura”.

¹⁷ Para mais informações sobre o Juqueri, ver Cunha, M. *O Espelho do Mundo: Juquery, a história de um asilo*, 1986.

¹⁸ Localizada em Jacarepaguá, zona oeste do Rio de Janeiro. Foi inaugurada em 29 de março de 1924, em terras da antiga Fazenda do Engenho Novo. Chegou a abrigar cerca de 5.000 pessoas na década de 60. Funcionou até a década de 80 quando foi desativada devido a um longo processo de deterioração e aos movimentos da Reforma Psiquiátrica na época (Divisão de Apoio Didático e Tecnologia Educacional, s.a.).

Rotina militar. A disciplina regia cada neurônio em ação nos domínios da Colônia. Às seis e meia a tropa despertava, tomava café da manhã e às sete e meia os funcionários apresentavam aos médicos os pacientes mais graves. Depois, o almoço: fartura. Nunca faltava carne, quilos e mais quilos. Além de arroz, feijão, verduras e frutas. Mais tarde era servido um lanche rápido, em geral um sanduíche, e, antes do pôr-do-sol, o jantar. Depois o toque de recolher, os funcionários ainda levavam a ceia nos pavilhões: leite ou suco nos dias quentes. (p. 23-24)

(...)

Arthur Bispo do Rosario sempre buscou desvios que abreviassem a monotonia do cárcere. Muitos pacientes não podiam sequer passar do portão do núcleo e, enquanto alguns de seus vizinhos se ralavam para pular muros altos, improvisando escadas nas barreiras de pedra, Bispo saía impune. Era um dos privilegiados munidos de autorização médica para circular dentro da Colônia, benefício que ele aproveitava nos hiatos da vida de exilado.

Bispo costumava largar-se pelos confins da Colônia a catar de qualquer material (in)útil naquele pedaço de terra fértil em Jacarepaguá e só interrompia o percurso para visitar colegas funcionários, suas mulheres e filhos. Era um paciente exemplar conforme a filosofia do Dr. Juliano Moreira. Afinal, o médico que emprestou o nome ao hospício de Jacarepaguá acreditava que a convivência entre funcionário e internos funcionava como moinho de vento na recuperação de cérebros avoados.

O Dr. Juliano Moreira importara da Europa o conceito de colônia. A idéia era reunir os doidos da cidade em colônias isoladas e ali dar-lhe trabalho no campo e em oficinas. (p.27).

(...)

A teoria das colônias era o havia de mais ousado na psiquiatria européia. Na prática, gerações nasceriam e morreriam na Juliano Moreira durante décadas, mas o conceito de convivência familiar na terapia de recuperação dos pacientes teve altos e baixos. A regra básica da Colônia ditava que os funcionários recebessem em casa internos com condições de conviver socialmente. A massa desandou, e consta que alguns pacientes chegavam a prestar serviços domésticos exaustivos enquanto as donas de casa dormiam no sofá da sala. (p.28-29).

(...)

O culto do eletrochoque garantia a paz no hospício. Pelo menos por um tempo. Mas, uma vez adaptado à realidade da Colônia Juliano Moreira, o sistema castrador de emoções pegou um atalho na arbitrariedade. Empenhados no controle dos pacientes, funcionários organizavam uma espécie de fila indiana e aplicavam os choques nos internos de pé mesmo. O miudinho, como ficou conhecido o tratamento instantâneo, não tinha hora marcada. De repente chegava a tropa de choque, devidamente armada, e não dava tempo de correr. Por vezes, as correntes elétricas eram aplicadas em qualquer lugar do corpo. Numa dessas, um funcionário tarimbado relutava como os outros pacientes, sem ser ouvido, já com o eletrodo na cabeça, quando um colega enfermeiro o reconheceu. Esse conseguiu salvar a própria pele. (p. 46)

Estas são algumas descrições do cenário de um viver na colônia agrícola que encontraríamos nas décadas de 1930 a 1980. Esses espaços tinham como objetivo recriar, artificialmente, um ambiente rural pré-capitalista, entretanto, na realidade os “doentes” se deparavam com uma realidade mais urbana, “fazendo com que a eficiência do tratamento

se perdesse no vazio.” (Santos, 1994, p. 34). Além disso, é válido destacar que esse tipo de “trancafiamento tratamental” nos remete à Europa alguns séculos antes, mas que no Brasil é uma realidade em pleno século XX (*idem*).

Vamos assistir nos anos 50 a ampliação da implantação de hospícios públicos estaduais (não mais colônias), ao lado da criação de estabelecimentos privados e filantrópicos, assim como o aparecimento dos primeiros neurolépticos, dando início a medicalização dos internados. Birman (1992) sinaliza que a única diferença entre a leitura psicofarmacológica e a leitura originária dos alienistas sobre a loucura é que “para os primeiros esse defeito natural seria de ordem funcional, enquanto para os segundos seria de ordem estrutural. Entretanto, em qualquer dessas possibilidades, a loucura seria de fato uma enfermidade e, conseqüentemente, a sua medicalização pela psiquiatria se justificaria de direito com as novas descobertas de ordem biológica.” (p. 84).

Nos anos 60, o modelo sofreu uma inflexão com o investimento maciço do governo, principalmente após 1966 com a criação e contratação de clínicas privadas (o Estado passou a comprar serviços psiquiátricos do setor privado). Esta década e a próxima marcaram a cristalização do modelo manicômio-dependente e o aumento do número de hospitais psiquiátricos de forma desordenada. A doença mental tornou-se então um objeto de lucro, uma mercadoria, chegando ao ponto da Previdência Social destinar 97% do total de recursos da saúde mental para as internações na rede hospitalar privada (Delgado, 1992; Amarante, 1994).

Na segunda metade dos anos 70, essa expansão dos leitos psiquiátricos privados e a sustentação de uma hegemonia do pensamento e doutrina que lhe eram vinculados começaram a enfrentar obstáculos, principalmente por parte dos trabalhadores. Temos como marco desse período o surgimento do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) em 1978, o I Congresso Brasileiro de Trabalhadores de Saúde Mental em São Paulo em 1979, o III Congresso Mineiro de Psiquiatria (promovido em torno da denúncia da violência manicomial) e a presença de Franco Basaglia no mesmo ano (já citado acima como um dos grandes atores da reforma psiquiátrica italiana). Este primeiro movimento caracterizou-se por uma reivindicação corporativa¹⁹: condições de trabalho, dignidade e autonomia dos profissionais, ampliação dos recursos humanos, criação de

¹⁹ Os questionamentos ampliaram gradativamente até a I Conferência Nacional de Saúde Mental (1987).

equipes multidisciplinares e contra a hegemonia da rede privada (identificada como o principal obstáculo a ser enfrentado) (Delgado, 1992).

No bojo dessas reivindicações aconteceu a Reforma Sanitária como um movimento que questionava o modelo de assistência de péssima qualidade e predominantemente privatizado (perfil da saúde nesse período). A ideia deste movimento era pensar em propostas para um atendimento à saúde de qualidade. Como efeito dessas discussões, constitui-se o SUS (Sistema Único de Saúde) que tem como princípios norteadores a universalidade²⁰, a integralidade²¹ e a equidade²².

Associado a esta nova forma de pensar a saúde, o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental começou a participar das Conferências de Saúde e convocou a sociedade para refletir sobre a situação psiquiátrica no país. Em 1987, como desdobramento da 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorreu a I Conferência Nacional em Saúde Mental na qual se propôs a reformulação do modelo assistencial e conseqüentemente a reorganização dos serviços, a definição de uma política de recursos humanos para o setor, a reformulação de legislação ordinária, além de enunciar recomendações à Constituinte (Barros e Bichaff, 2008).

Iniciou-se no país um movimento que remodelou a assistência em saúde mental, principalmente na direção de descentralizar o hospital psiquiátrico como única opção de tratamento e de morar dos sujeitos com algum transtorno mental. Deu-se início a uma nova fase, quando novas experiências com o morar surgiram.

²⁰ “A Saúde é um Direito de Todos” – Constituição Federal.

²¹ As necessidades de saúde das pessoas (ou de grupos) devem ser levadas em consideração mesmo que não sejam iguais às da maioria.

²² Todos devem ter igualdade de oportunidade de usar o sistema de saúde, de acordo com suas necessidades regionais e sociais.

1.3. NOVAS EXPERIÊNCIAS DO MORAR DA LOUCURA NO BRASIL

A loucura não autoriza ninguém a tirar a liberdade de seu semelhante! Não sei, até hoje, se ela veio do céu ou do inferno, somente sei que ela transformou a minha vida. Cresci como pessoa. Quando me encontrei com ela, foi um espanto, pois nada sabia. Houve medo, muito medo, insegurança, uma sensação de desmoronamento, um vazio sem fim, como uma queda no vácuo. Dor e descrença; um impacto contra alguma coisa gigantesca muito além das minhas forças; imensa perplexidade destruidora; a inacreditável tomada de consciência de nada saber, saber qualquer coisa, por mínima que fosse. Tudo se desintegrava e eu não tinha meios para avaliar o que fosse aquilo. Internei-o, pois naquela época, também acreditava que ali fosse lugar de tratamento e que sua internação em um hospício poderia trazer alívio para todos nós. Não... Nada disso aconteceu! Abandono e desatenção. Nestes hospícios, todos que conheci durante minha jornada, jamais vi uma placa que convidasse a comunidade a visitar os ali internados. Para que existia tal possibilidade é necessário que se eliminem todas as barreiras da incompreensão, do preconceito e do manicômio que existe dentro de cada um de nós, além de se eliminar também, os meios de violência que são ocultados da opinião pública. (Peixoto, 2003, p. 149).

Dentro do cenário de questionamentos e reivindicações que o Brasil vivia no início da década 80, ocorreram experiências pioneiras para mudar a relação do morar das pessoas que já viviam nos hospitais psiquiátricos brasileiros.

A primeira experiência cujo objetivo era alojar de forma diferenciada os pacientes de longa internação ocorreu em 1984, no município Franco da Rocha (SP), no complexo asilar do Juquery. Implantaram-se os chamados “Lares Abrigados” envolvendo inicialmente 48 pessoas “cronicamente hospitalizadas”. Em 1986 esse número já era de 202 pessoas. O objetivo inicial era abrigar esta população em melhores condições de alojamento, personificando os ambientes e estimulando a autonomia, ainda que na própria estrutura hospitalar (Mângia e Rosa, 2002; Suiyana, 2007). Trabalhava-se então com as pessoas internadas e sem vínculos familiares (ou aquelas que não conseguiam retornar ao seu núcleo familiar), criando oportunidades para o estabelecimento de relações diferentes do hospital, investindo na mudança da cultura hospitalocêntrica para a de uma residência (Barros e Josephson, 2001 *apud* Suiyana, 2007).

Outra experiência pioneira ocorreu em Ribeirão Preto com o processo de desospitalização do Hospital Psiquiátrico Estadual de Ribeirão Preto (HPRP), o Santa Tereza (fundado em 1944). Este processo se iniciou preconizando a redução do espaço asilar, programas de reabilitação e o estímulo à criação de vínculos fora do hospital. Em

1983 foi instaurado o Núcleo de Convívio atendendo um grupo de 15 homens, que depois virou uma casa mista dentro do hospital, acompanhada por uma equipe. Em 1987, foi criada a Vila Terapêutica, constituída de cinco casas, dentro do hospital ainda, com quatro moradores e supervisão de uma equipe, além dos técnicos de referência para cada morador. As Pensões Protegidas só foram surgir em 1992 a partir dos resultados satisfatórios com a experiência da Vila. Em 1998 eram três casas localizadas em bairros diferentes da cidade geridas por ONGs (Guimarães e Saeki, 2001; Mângia e Rosa, 2002; Suiyana, 2007). Em 1998, a diretoria do hospital avaliou a experiência das Pensões Protegidas como satisfatórias porque inovam em vários pontos com relação às experiências anteriores:

“rompe com a exclusividade das internações e fortalece a necessidade de serviços fora da instituição; possibilita a desvinculação do usuário com o hospital; busca resgatar mais os aspectos positivos dos pacientes, vistos *a priori* como pessoas e não apenas pacientes; viabiliza-se de forma menos onerosa, uma vez que o custo da assistência dispensada ao pensionista é reduzido, se comparado com o asilar (...); amplia a condição de cidadania através da alta e incentivo à desvinculação hospitalar/vinculação comunitária e a perspectiva de independência socioeconômica devido à articulação entre o projeto e os serviços da comunidade” (Guimarães e Saeki, 2001, p. 364).

A partir desta experiência, surgiram as Residências Assistidas que são casas da COHAB de Ribeirão Preto, locadas por ex-pensionistas (das Pensões Protegidas) que assumiam o orçamento do imóvel. A presença da equipe multiprofissional do hospital nessas casas somente ocorreu quando houve uma solicitação devido algum problema de natureza qualquer (Guimarães e Saeki, 2001).

Neste período, Santos (SP) encontrava-se no movimento de questionamento do modelo assistencial no campo da saúde mental, o que possibilitou a construção de novas experiências diferentes ao modelo manicomial vigente nesse período. Uma das primeiras ações foi o processo de intervenção na Casa de Saúde Anchieta em 1989, tendo como principal objetivo “a recuperação e a afirmação da cidadania dos pacientes, buscando interferir e modificar a própria sociedade.” (Mângia e Rosa, 2002, p. 75). A experiência desta cidade tornou-se referência para todo país, pois, já em 1996 tinham sido implantados cinco Núcleos de Apoio Psicossocial (NAPS), uma Unidade de Reabilitação Psicossocial, um Centro de Convivência Tam-Tam, uma retaguarda nos atendimentos de

urgência à psiquiatria no Pronto Socorro Central, um Núcleo de Atenção ao Toxicodependente e um Lar Abrigado Manoel da Silva Neto, este último inaugurado em 1993.

Em Campinas (SP), o então Hospício Dr. Cândido Ferreira, instituição de assistência psiquiátrica sob a administração de uma organização filantrópica, deu início em 1990 às mudanças nas suas práticas, começando com a parceria de co-gestão firmada com a administração municipal de Campinas. O Conselho diretor desta instituição contava com a participação de representantes de familiares de usuários do SUS, do Conselho Municipal de Saúde e da comunidade (Valentin, 2001).

Com essa co-gestão uma equipe multiprofissional foi formada com funcionários das duas gestões (pública e filantrópica). Assim, passaram a encarregar de contingente de pacientes que foram divididos com as seguintes características:

- os internados no “Cândido” há muitos anos, que passaram a ser chamados de “moradores”;
- os que eram encaminhados de serviços da cidade e mesmo de outras cidades, em crise, chamados de “agudos”;
- os que podiam vir diariamente e retornar para suas casas ao final do dia, no serviço que foi chamado de hospital-dia (e que os próprios pacientes renomearam “Dias”);
- um contingente de usuários organizados em grupos que começou a trabalhar com direito a receber remuneração – acompanhados por monitores – no serviço que se chamou “núcleo de oficinas e trabalho” (Valentin, 2001, p. 17).

A partir desta separação, projetos foram criados para cada grupo. O grupo de nosso interesse aqui é o primeiro, dos chamados *moradores* do hospital. Em 1991, a constituições de moradias extra-hospitalares para essas pessoas foi o principal eixo propiciador da desinstitucionalização do serviço, a primeira foi denominada “Lar Abrigado” com seis pessoas considerados mais autônomas que recebiam acompanhamento semanal através de reuniões entre eles e os técnicos, o projeto foi financiado por empresas privadas de Campinas, mas permanecendo o vínculo ao Hospital Dr. Cândido Ferreira (Mângia e Rosa, 2002). Esta remontagem do serviço foi associada a Unidade de Reabilitação de Moradores que depois se transformou num Centro de Atenção Psicossocial Estação em 2000 (Furtado, 2001; Suiyana, 2007).

A proposta era a instalação do novo serviço em um espaço urbano, fora dos limites do hospital. Com quase o mesmo número de profissionais, seguiríamos acompanhando as moradias, uma ala remanescente, e ainda seria possível abrir novas vagas para pacientes oriundos da comunidade (...). (Furtado, 2001, p. 39).

Para isso foi necessário a desativação de uma Ala chamada Paraíso e a construção de mais moradias. A segunda casa foi construída em 1995 chamada de “Pensão Protegida” com nove moradores menos autônomos e com acompanhamento 24 horas (Mângia e Rosa, 2002). Concomitantemente, todo o Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira estava estruturando serviços sem ligação direta com as práticas manicomiais: Hospital-Dia, a internação de pacientes agudizados, o Núcleo de Oficinas de Trabalho e o Núcleo Clínico. Sustentando um novo modelo que tem como tripé: particularização da atenção, intervenções centradas nas demandas individuais e no estímulo ao vínculo entre paciente e os membros da equipe (Furtado, 2001).

No entanto, a conquista da independência e autonomia para os antigos moradores do Cândido não foi fácil. Os elementos para esta dificuldade foram: o tipo de acompanhamento requerido dos profissionais no cotidiano da moradia, o risco da reprodução da lógica institucional do hospital com relação a autonomia, necessidade de assistência especializada aos moradores com diagnóstico de deficiência mental, poucos moradores estabeleceram contato com outras pessoas da comunidade, dificuldade de adaptação ao contexto fora do hospital, não houve uma inserção no mercado de trabalho e as atividades realizadas se resumiam às oficinas do Hospital Cândido Ferreira (Moreira e Andrade, 2007; Suiyana, 2007).

Já nessa experiência percebemos que o olhar para esses espaços, principalmente acerca do cotidiano é outro. Ele já não pode ser uma mera repetição das atividades que são realizadas no dia-a-dia. Se a ideia é quebrar a lógica manicomial, a repetição imposta pelo outro não é uma possibilidade (como no hospital psiquiátrico, onde as atividades diárias são estabelecidas aos internos). Exigiu-se que esses trabalhadores pensassem em um campo de produção de sentido, de experimentações e criações de enfrentamentos singulares que fizesse frente à violência desse cotidiano serializado.

No município de São Paulo, tivemos uma experiência chamada “República” em 1995 no Instituto “A Casa”²³. Esta casa funcionava como as conhecidas repúblicas de estudantes, a moradia era temporária para os pacientes em processo de reabilitação social, tendo como objetivo ajudar na construção de cotidiano (daí a presença de acompanhantes terapêuticos) e financiada pelos familiares dos moradores (Mângia, 1999; Mângia e Rosa, 2002).

A “REPÚBLICA” incide primordialmente na construção do cotidiano da cada morador. Apresentar a experiência da “REPÚBLICA” é convidar para que se entenda a força terapêutica da instauração do cotidiano de um ‘cotidiano vital’, com suas rotinas e normas particulares e as discussões do grupo de moradores e acompanhantes terapêuticos sobre o lugar e função de cada um nesse coletivo. (Rolim et al, 2000, p. 24 *apud* Suiyana, 2007, p. 106).

O Acompanhamento Terapêutico surgiu, a princípio, para suprir o horário em que o hospital-dia não funcionava, mas hoje trabalha no campo das intervenções específicas no âmbito do espaço coletivo, um dispositivo para que as conexões com a cidade aconteçam. Chamado por Carrozo (1997) de clínica implicada, na qual pela “implicação das subjetividades paciente-terapeuta, são criados inúmeros campos terapêuticos para além dos tradicionais, são lugares de encontro e elaborações, que não foram preestabelecidos ou prescritos no tratamento, mas nasceram do encontro e da necessidade de pacientes e terapeutas.” (p. 15).

Outra experiência interessante foi o Projeto Moradia (1998), efetivado por meio de uma parceria em 1996 entre a Universidade de São Paulo e a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, da qual surgiu o Projeto de Integração Docente Assistencial, desenvolvido no CAPS Dr. Luis da Rocha Cerqueira. O Projeto Moradia tinha como objetivo o acompanhamento de usuários do serviço com dificuldades de moradia que faziam tratamento integral (seja em casa, pensões ou albergues) juntamente com a criação de um serviço residencial chamado de Moradia Assistida. Esta casa recebia um acompanhamento técnico, realizava reuniões semanais entre técnicos e moradores e os moradores que eram encarregados do cuidado da casa (Mângia e Rosa, 2002; Suiyana, 2007).

²³ Hospital-Dia privado em São Paulo. Fundado em 1997 que vem contribuindo para a construção de uma Política de Saúde Mental, protagonizando processos de formação e mobilização nesse sentido.

Em dezembro de 1992 foi convocada a II Conferência Nacional de Saúde Mental²⁴ quando foram discutidos três grandes temas: crise, democracia e reforma psiquiátrica; modelos de atenção em saúde mental; direitos e cidadania. O Relatório Final (1992) reafirma a intensificação da desospitalização através dos programas públicos de lares abrigados e pensões protegidas. Propondo uma articulação com recursos já existentes na comunidade e a transformação da relação entre os trabalhadores de saúde mental, usuários do serviço, familiares, comunidade e serviços (Conselho Nacional de Saúde, 1994).

Em 1993 foi organizado um Grupo de Trabalho pelo Conselho Nacional de Saúde que produziu o Plano de Apoio à Desospitalização (PAD) aprovado pelo Conselho em 1995 pela Resolução nº 159/95. Destinava-se a pessoas internadas com o tempo superior de cinco anos ininterruptos ou 10 anos com pequenos intervalos de alta em hospitais psiquiátricos, e que tenham condições de se beneficiarem de tratamento e cuidado fora do hospital (Alves, 1996). Este plano previa o deslocamento da verba das Autorizações para Internação Hospitalar (AIHs) para os domicílios que recebiam os ex-pacientes/moradores dos hospitais psiquiátricos, inclusive para suas famílias – que receberiam uma verba para cuidar dos seus parentes (Conselho Nacional de Saúde, s.a.; Delgado, s.a.) e para a Secretaria Municipal para promover assistência extra-hospitalar para a população (Alves, 1996). Este foi o projeto precursor do Programa de Volta para Casa (PVC) aprovado em 2003.

Interessante notar que a portaria que regula a criação dos Serviços Residenciais Terapêuticos foi assinada em 2000. A Portaria GM nº 106 de 11 de fevereiro de 2000, que cria, conceitua e regula esses serviços, antes mesmo da Lei da Reforma Psiquiátrica (Ministério da Saúde, 2004b). Em 2004, uma cartilha foi produzida pelo Ministério da Saúde explicando a proposta desse serviço e usando as experiências acima citadas como referências para esta nova forma do morar da saúde mental como uma grande aposta para a efetivação do processo de desinstitucionalização e a real redução de leitos dos hospitais psiquiátricos.

²⁴ Teve uma organização diferente da anterior: foram precedidas de conferências municipais, regionais e estaduais que contaram com o envolvimento de quase vinte mil pessoas. Durante a nacional os delegados eleitos nessas conferências prévias foram divididos paritariamente entre usuários, sociedade civil, governo e prestadores de serviços (Costa-Rosa *et al*, 2001).

Segundo o Ministério da Saúde,

As residências terapêuticas constituem-se como alternativas de moradia para um grande contingente de pessoas que estão internadas há anos em hospitais psiquiátricos por não contarem com suporte adequado na comunidade. Além disso, essas residências podem servir de apoio a usuários de outros serviços de saúde mental, que não contam com suporte familiar e social suficientes para garantir espaço adequado de moradia. (Ministério da Saúde, 2004b, p. 5).

São casas localizadas em perímetro urbano, com no máximo 8 moradores, possui suporte de caráter interdisciplinar (seja um CAPS de referência, ou equipe de atenção básica ou uma equipe de profissionais específica). Podem participar da casa

- Portadores de transtornos mentais, egressos de internação psiquiátrica em hospitais cadastrados no SIH/SUS, que permanecem no hospital por falta de alternativas que viabilizem sua reinserção no espaço comunitário.
- Egressos de internação em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, em conformidade com decisão judicial (Juízo de Execução Penal).
- Pessoas em acompanhamento nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) para as quais o problema da moradia é identificado, por sua equipe de referência, como especialmente estratégico no seu projeto terapêutico. Aqui se encontram aquelas localidades que, a despeito de não possuírem hospitais psiquiátricos, frequentemente se defrontam com questões ligadas à falta de espaços residenciais para alguns usuários de serviços de saúde mental.
- Moradores de rua com transtornos mentais severos, quando inseridos em projetos terapêuticos especiais acompanhados nos CAPS. (Ministério da Saúde, 2004b, p. 8)

Estão classificadas em dois tipos: SRT I – características da casa descrita acima com a presença de um cuidador capacitado pelo serviço de saúde de referência – e SRT II – para clientela carente de cuidados intensivos, com monitoramento técnico diário e pessoal auxiliar permanente na residência, diferenciando-se em relação ao número de moradores e ao financiamento (Ministério da Saúde, 2004b).

Continuando numa cronologia, podemos dizer que 2001 foi o ano das grandes conquistas da Reforma Psiquiátrica. Tivemos a promulgação da Lei 10.216/01, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica (ou Lei Paulo Delgado), na qual redireciona o modelo de assistência psiquiátrica, regulamenta cuidado especial com a clientela internada por longos anos e prevê possibilidade de punição para a internação involuntária arbitrária ou desnecessária. Foi a verdadeira conquista e marco do movimento da Luta Antimanicomial.

A partir desta lei, incentivos financeiros foram oferecidos para a construção da rede de serviços substitutivos como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e as RTs.

Também em 2001 ocorreu a III Conferência Nacional de Saúde que discutiu os rumos da Política Nacional de Saúde Mental, debatendo sobre seu financiamento, a fiscalização do parque hospitalar psiquiátrico, o ritmo de implantação de novos serviços extra hospitalares, a formação de recursos humanos para a nova proposta, entre outras questões (Conselho Nacional de Saúde, 2002).

Além disso, no Rio de Janeiro foram construídos em 2001 o Lar Abrigado Paulo Barreto, ligado ao Instituto Philippe Pinel, lares na Colônia Juliano Moreira, o Lar Abrigado do Instituto de Psiquiatria da UFRJ (IBUP) e a República e Passárgada do Centro Psiquiátrico Pedro II (CPPII). Todas essas experiências estavam ligadas a construção de espaços coletivos onde os moradores poderiam decidir questões relativas a gerência da casa e das suas vidas. A seleção era a partir de indicações de alta e se contavam com referências sócio-familiares, priorizando um projeto terapêutico individual com indicativo para uma moradia autônoma. Em 2002 surgiu também o Lar de Acolhimento Franco da Rocha, uma unidade de atenção a pacientes de longa permanência do Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira, sendo uma proposta de ressocialização de pacientes com algum nível de preservação da capacidade cognitiva e psicomotora (Suiyana, 2007).

Em 2003 o programa de auxílio-reabilitação psicossocial (Programa de Volta para Casa – PVC) para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações foi instituído pela Lei nº 10.708 de 31 de julho de 2003. Segundo esta lei é fixado um valor de R\$ 240,00 com duração de um ano (e possibilidade de renovação mediante relatório favorável). Esta lei impulsiona o processo de desinstitucionalização de pessoas que ficaram longos períodos internados em hospitais psiquiátricos (Ministério da Saúde, 2004a).

Instituiu-se também as diretrizes para a redução progressiva dos leitos psiquiátricos do SUS pela Portaria GM nº 52, de 20 de janeiro de 2004. Ela criou o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS – 2004 com três componentes principais: 1) a redução progressiva de leitos, constituindo uma nova classificação para os hospitais a partir do número de leitos SUS, com recomposição das

diárias; 2) estímulo às pactuações entre gestores e prestadores para que a redução se dê de forma planejada, prevendo a assinatura do Termo de Compromisso e Ajustamento ente as partes na garantia da efetivação do programa e 3) redirecionamento dos recursos financeiros da internação para atenção extra-hospitalar em saúde mental (Ministério da Saúde, 2004a).

Este foi então o panorama das Residências Terapêuticas na rede pública de saúde através dos anos no Brasil:

Anos 1970
<ul style="list-style-type: none"> • Raras “pensões protegidas” privadas • Não há residências na rede pública
Anos 1980
<ul style="list-style-type: none"> • Projetos de moradia como esforço de humanização intra-asilar • Módulos residenciais no Hospital Colônia de Barbacena e lares abrigados do Juquery são exemplos
Anos 1990
<ul style="list-style-type: none"> • Residências terapêuticas como recurso da rede de atenção psicossocial • Experiência em Campinas
De 2000 a 2005
<ul style="list-style-type: none"> • Regulamentação dos serviços residenciais terapêuticos financiamento público assegurado • Disseminação da experiência de residências para mais de oitenta municípios
<p style="text-align: center;">Quadro 1: Panorama das RTs na rede pública de saúde através dos anos. Fonte: Delgado, 2006.</p>

Segundo o Ministério da Saúde (2011a) o acesso à atenção em saúde mental aumentou com 66% de cobertura, incluindo a participação da atenção básica e das ações intersetoriais (inclusão social pelo trabalho, assistência social e promoção de direitos). Este mesmo levantamento informa também que em 2010 foram fechados 1.866 leitos psiquiátricos (permanecendo 32.735 leitos/SUS) e que os investimentos financeiros dirigidos às ações extra-hospitalares é pela primeira vez maior do que os gastos hospitalares.

No Estado de São Paulo, em 2010, contabilizava-se um total de 236 CAPS (de todos os tipos)²⁵, 255 Residências Terapêuticas com um total de 1021 moradores, 1071 beneficiários com o PVC, 206 ambulatórios públicos em saúde mental, 19 Centros de Convivência, 78 iniciativas de inclusão social pelo trabalho, porém está em 5º lugar em

²⁵ Dados mais recentes apenas divulgaram a quantidade de CAPS por Estado. Em 2011 se contabilizou 251 CAPS (Ministério da Saúde, 2011b).

termos de concentração de leitos psiquiátricos por número de habitantes (Rio de Janeiro está em primeiro e o Pará em último) (Ministério da Saúde, 2010).

Um censo psicossocial dos hospitais psiquiátricos no Estado de São Paulo apresentou que em 2008 existiam na Grande São Paulo 12 Hospitais Psiquiátricos, onde 605 sujeitos são moradores e 65,27% afirmam que o motivo da sua permanência é a precariedade social²⁶ e o diagnóstico de transtorno mental (Barros e Bichaff, 2008)²⁷.

Mostra-se aqui uma foto de como São Paulo está precisando intensificar as discussões da Reforma. A IV Conferência Nacional de Saúde Mental aconteceu em 2010 sem o apoio institucional do estado de São Paulo, pois a Secretaria Estadual da Saúde vetou a realização da Conferência Estadual mesmo depois da aprovação no Conselho Estadual de Saúde. Apesar disso, conseguiram a articulação de uma Plenária Estadual.

Esta IV Conferência foi organizada pela primeira vez de forma intersetorial, atendendo a demanda de ampliação das articulações de planos intersetoriais para a promoção de saúde; contou com em torno de 4.600 pessoas participantes em todo seu processo; teve como tema “Saúde Mental Direito e Compromisso de Todos: consolidar avanços e enfrentar desafios”. A princípio não teve o apoio do Conselho Nacional de Saúde para sua realização por entender que conferências temáticas específicas poderiam descentralizar as ações da saúde coletiva, porém a realização da “Marcha dos Usuários de Saúde Mental à Brasília” em 2009 foi decisiva para mostrar que a Saúde Mental ainda tem suas especificidades que precisam ser discutidas, especialmente frente aos movimentos de contra Reforma que vem se mostrando em algumas regiões do país (Conselho Nacional de Saúde, 2010).

Cabe destacar, a partir desta breve retomada histórica, que os aparatos jurídico e executivo para implantação das Residências Terapêuticas estão prontos e nesta última Conferência foram apresentadas duas diretrizes: potencializar as RTs através da educação permanente dos seus trabalhadores e ampliar a articulação das RTs à rede de assistência social (Conselho Nacional de Saúde, 2010).

²⁶ Entende-se por “precariedade social” ausência de contato familiar e conseqüente falta de referência de moradia, associada a falta de renda (Barros e Bichaff, 2008).

²⁷ Estas informações referentes à situação dos hospitais psiquiátricos no Estado de São Paulo não foram atualizadas até o momento.

Furtado (2006) enumera os principais problemas que afetam diretamente a expansão dos SRTs no Brasil:

CATEGORIA	PRINCIPAIS ENTRAVES
Gestão e financiamento	Baixo envolvimento do gestor local do SUS; Rede municipais de saúde mental incipientes ou inexistentes; Incompatibilidade entre a gestão de outros serviços do SUS e das residências terapêuticas; Não garantia de acesso e utilização de recursos já existentes (realocação de AIHS, autorização orçamentária).
Legislação e normas	A Lei de Responsabilidade Fiscal impede a contratação de recursos humanos necessários.
Trabalhadores e assistência ofertada	Baixo envolvimento dos técnicos no processo; Ameaça de desemprego vivida pelos trabalhadores dos hospitais dificulta a aceitação dos SRTs.
Clientela	Pacientes apresentam receio de deixar os hospitais.
Resposta de outros setores e da comunidade	Eventualmente, locatários se recusam a alugar seus imóveis para egressos de internações psiquiátricas; Vizinhos refratários aos SRTs; Falta de uma campanha nacional sobre as mudanças na saúde mental.
<p>Quadro 2: Principais entraves que afetam a expansão das RTs no Brasil</p> <p>Fonte: Lista de discussão da Portaria 106 e Anais do I Encontro Brasileiro de SRTs (Furtado, 2006).</p>	

Percebe-se que para além de recursos financeiros para implantação das RTs, é preciso vontade política dos gestores, somada ao exercício de uma clínica comprometida às diretrizes da Reforma Psiquiátrica, para então promover uma transformação cultural dos atores envolvidos (comunidade/sociedade, profissionais, sujeitos com sofrimento psíquico e seus familiares (Pinheiro *et al*, 2007).

1.4. SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

No município de São Paulo tivemos duas importantes experiências de moradias antes da Portaria que criou os Serviços Residenciais Terapêuticos: a República e a Moradia Assistida do CAPS Prof. Luís da Rocha Cerqueira.

A República vinculada ao Instituto “A Casa” foi inaugurada em 1995 no bairro do Pacaembu. Tratava-se de uma moradia temporária para pacientes em processo de reabilitação psicossocial e contava com o trabalho dos acompanhantes terapêuticos (Mângia e Rosa, 2002).

A partir do Projeto de Integração Docente Assistencial, foi desenvolvido o Projeto Morada no CAPS Dr. Luís Rocha Cerqueira. Em 1998, no bairro da Bela Vista, foi inaugurado a Moradia que tinha como objetivo acompanhar os usuários nas suas necessidades habitacionais.

Essas duas experiências situavam-se no movimento de criação de espaços mais humanizados para aqueles que já eram moradores em alguns hospitais psiquiátricos. Apesar de alguns municípios paulistas serem exemplo de construção da rede de saúde mental (Santos, Campinas, Ribeirão Preto), o município de São Paulo, no que diz respeito as Residências Terapêuticas, deixou muito a desejar.

A Portaria nº 106 que cria as RTs foi assinada em 2000, porém a primeira Residência em São Paulo foi construída em 2004 como projeto piloto, numa parceria entre Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e a ONG Associação Saúde da Família (ASF)²⁸.

Em 2004 no município do São Paulo, existiam dois hospitais psiquiátricos públicos e cinco privados com mais de 200 pacientes/moradores. Com esse cenário, um grupo composto por profissionais do CAPS Lapa/SMS-SP e ASF, acompanhantes comunitários²⁹ da RT Lapa, acompanhantes terapêuticos da ONG ATUA e protagonistas sociais do Banco Social do CRP-SP planejaram a montagem desse serviço que foi

²⁸ A organização surgiu em 1992, atendendo à proposta da Family Health Internacional para desenvolver projetos de Prevenção e Controle da AIDS no Brasil com recursos doados da Agencia Norte Americana para Desenvolvimento Internacional. Entre os anos 1999 e 2000, a associação abrangeu sua área de trabalho implementando programas na área de saúde pública, com a colaboração do Dr. David Capistrano. Hoje ela é uma grande parceira da Secretaria Municipal de Saúde (Associação Saúde da Família, 2011).

²⁹ São os trabalhadores das RTs, chamados de cuidadores na Portaria e na cartilha sobre RTs.

inaugurado em 8 de setembro de 2004. Com 8 moradoras, todas ex-internas do Hospital Psiquiátrico Charcot e sem documentos de identificação. Elas tinham idades entre 44 a 70 e o tempo de internação era entre 3 a 28 anos. Contavam com 5 ACs, realizavam assembleias, reuniões de equipe, tinham relação com CAPS Lapa e a Supervisão e Coordenação do Centro-Oeste, e tinham reuniões técnico-administrativo com a ASF e SMS/SP (Associação Saúde da Família, 2011).

Depois de 2 anos, 6 moradoras adquiriram seus documentos e garantiram o direito de transporte gratuito e medicamentos de alto custo, 6 possuíam o PVC, nenhuma reinternação psiquiátrica aconteceu e aos poucos cada uma foi adquirindo a confiança da liberdade e da possibilidade de constituir uma nova vida fora do hospital psiquiátrico (Associação Saúde da Família, 2011).

Apesar dessa experiência piloto ser bem sucedida, nenhuma outra RT foi formada ao longo dos anos, fazendo com que o Ministério Público entrasse com uma Ação Civil contra o Estado de São Paulo e o Município de São Paulo (Ministério Público Federal, 2008).

Nessa ação, a Procuradoria constatou que a quantidade dos serviços extra-hospitalares eram insuficientes para o atendimento e tratamento efetivo dos portadores de transtornos mentais. O relatório publicado pelo PNASH³⁰ em 2007 publicou que 295 pacientes no município de São Paulo eram moradores nos hospitais psiquiátricos e que aproximadamente 6.300 pacientes poderiam passar pelo processo de desospitalização no Estado de São Paulo. Desses destaque o Pinel que tinha 118 leitos/SUS e possuía 49,15% dos pacientes internados em longa duração; e o Vera Cruz, com 368 leitos/SUS e 18,75% dos seus pacientes em internações de longa duração³¹ (Ministério Público Federal, 2008).

Em 2007 tentou-se assinar um Termo de Ajustamento de Conduta, mas a ausência dos representantes gestores impossibilitou que ocorresse uma resolução a falta de assistência extra-hospitalar, demonstrando a falta de interesse em estruturar a rede de CAPS e SRT. Desta forma, com a Ação Civil Pública publicada em 2008, o município de São Paulo foi determinado a implantar no prazo de 90 dias 9 RTs, em 1 ano mais 14 RTs

³⁰ Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares.

³¹ Os moradores da RT pesquisada vieram desses dois hospitais.

e em 2 anos mais 14 RTs, atendendo assim uma demanda de 37 RTs para desospitalizar 295 moradores (de um total de 1.265 leitos/SUS) (Ministério Público Federal, 2008).

Segundo dados divulgados pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (2011), são 20 RTs, sendo que 17 estão sob gestão da Associação Saúde da Família:

5 Centro-oeste	2 Butantã*
	3 Lapa/Pinheiros (*Itaim Bibi e Perdizes)
3 Zona Leste	1 E. Matarazzo/S. Miguel*
	1 Itaim Paulista
	1 Itaquera*
5 Zona Norte	1 Freguesia/Brasilândia*
	2 Pirituba/Perus*
	2 Santana/TUC/Jaçanã/Tremembé (Mandaquí)
5 Sudeste	4 Mocca/Aricanduva/Form/Carrão*
	1 Vila Mariana/Jabaquara*
2 Zona Sul	1 Campo Limpo
	1 M'Boi Mirim
*Sob gestão da ASF.	
Quadro 3: RTs do município de São Paulo por região	
Fonte: Prefeitura Municipal de São Paulo, 2011.	

Apesar da importância de sua construção, é preciso atenção montagem das casas, pois a forma de operacionalizar as RTs através de medidas e portarias pode desconsiderar as passagens necessárias para a construção desse lugar, que precisará de um tempo de adaptação, iniciativa para outras formas de cuidado e criatividade. Quando desprezado esse processo, as práticas nesses espaços podem levar tais RTs a se constituírem como instâncias burocráticas (Scarcelli, 2011).

É neste contexto que a Residência Terapêutica que serviu como lócus da pesquisa se constituiu. Iniciou-se seu planejamento no final de 2008 devido a Ação Civil Pública, a ONG gestora fez um levantamento dos potenciais moradores e começou um processo de contratação de profissionais, procura da casa, seleção e avaliação dos moradores. A ideia era fazer uma transição processual, mas a resistência da diretoria dos hospitais dificultou esse trabalho.

A partir da parceria estabelecida entre a ONG e a Prefeitura de São Paulo, foi realizado o primeiro processo seletivo para os Acompanhantes Comunitários (ACs). Para esta RT, 5 foram selecionados e participaram junto com a coordenação da locação e escolha da casa, na montagem dos móveis e, quando eram permitidos pelos diretores dos hospitais, alguns conseguiram fazer visitas aos futuros moradores antes da mudança.

A mudança aconteceu em janeiro de 2009 com 8 moradores (2 vindos do Pinel e 6 do Vera Cruz). Na época eram 5 ACs e depois esse número cresceu para 7, o que possibilitou a divisão dos plantões em 2 ACs durante o dia e 1 AC a noite (trabalha um dia e folga o outro).

Com a presença dos moradores, o CAPS, localizado próximo a Residência, envolveu-se na montagem dos Projetos Terapêuticos Singulares para cada um, estabelecendo os dias e horários que estes deveriam frequentar o serviço. Alguns moradores vieram com relatórios bem formulados pelos hospitais, o que ajudou nesse início. Inclusive um dos moradores já fazia parte do programa de Moradia Assistida do Pinel e o seu relatório é bastante rico em detalhes desse processo de “ressocialização”.

Para os ACs o primeiro projeto foi recuperar os documentos desses moradores para que eles pudessem participar de programas de auxílio financeiro como o PVC ou LOAS (já descritos no presente texto). Ainda há morador sem documentação pela dificuldade burocrática de se conseguir uma Certidão de Nascimento Tardia, pois é preciso procurar pelo território brasileiro o primeiro registro, antes de solicitar essa Certidão. Processo burocrático que a ONG que realiza a gestão tem tomado a frente com a ajuda de advogados.

No período entre a sua abertura até este presente momento, um morador saiu da RT e nunca mais voltou. Sua vaga ficou em aberto até a solicitação da entrada de um morador de rua da região³². Além da saída e entrada de novos ACs e da troca de coordenação.

³² Caso que será detalhado no capítulo 5.

2. COTIDIANO E PRODUÇÃO DE SUBJETIVIDADE

“A subjetividade do paciente existe verdadeiramente apenas no momento em que ele pode sair do manicômio, ou seja, somente quando lhe são atribuídos e reconstituídos os recursos e condições materiais, sociais, culturais que tornem possível o efetivo exercício de sua subjetividade”³³
(Franco Rotelli)

Partindo da noção de que a invenção de um cotidiano diferente ao período de internação no hospital psiquiátrico é um traço importante para a reabilitação psicossocial³⁴, pretende-se aqui traçar caminhos para tornar este conceito operativo na análise em que esta pesquisa se propõe: pensar a produção de subjetividade a partir do cotidiano de uma Residência Terapêutica. Vimos no capítulo 1 como a serialização do cotidiano e a mortificação dos sujeitos, compondo uma relação entre espaço e produção de subjetividade, foram problematizadas no processo de Reforma Psiquiátrica, resultando em outras experiências de morar e em outros processos de produção de subjetividade.

No projeto do Serviço Residencial Terapêutico, o Ministério da Saúde (2004c) já apresentava a construção do cotidiano como um estímulo que possibilita aflorar hábitos e formas de ocupar o espaço próprio da casa, como por exemplo a realização de tarefas de casa. Para o fora da casa, estimula-se os trabalhos com a abordagem do acompanhamento terapêutico³⁵ para ajudar no processo de reabilitação do espaço urbano e aquisição de autonomia.

³³ Rotelli e Guattari possuem concepções de subjetividade diferentes. Rotelli entende que o sujeito só apresenta sua verdadeira subjetividade quando está livre das amarras das instituições totais, exercendo seu papel como cidadão. É um posicionamento político para demarcar a violência produzida nos estabelecimentos como os hospitais psiquiátricos. Guattari (como será apresentado a seguir) mostrará que em todas as situações, inclusive nessas instituições totais, produzem-se subjetividades. Apesar dessa diferença conceitual, manteremos o diálogo entre os autores por entender que há consonância na direção ético-política por eles empreendida.

³⁴ Reabilitação como o “ (...) conjunto de estratégias orientadas a aumentar as oportunidades de troca de recursos e afetos” (Saraceno, 2001, p. 112).

³⁵ O Acompanhamento Terapêutico (AT) propõe criar a partir do que se vai vivendo nas andanças, possibilitando a invenção de novos manejos com o inesperado que a rua proporciona. Palombini (2004) chama essa atuação como uma “clínica em movimento”, por pensar a cidade em movimento como o chão onde se trabalha (influenciada pela ideia de Lancetti na qual a clínica da cidadania mostra que a do consultório não é a única possível).

O SRT não é exatamente uma casa nos moldes convencionais. Possui características peculiares pois foi formado a partir de determinada história. (...) A realização de tarefas cotidianas é negociação constante entre necessidade, vontade expressa e disponibilidade, fazendo parte do processo de reabilitação psicossocial. (...) Suporte requerido: o acompanhamento terapêutico (AT) é muito utilizado no processo de reapropriação do espaço urbano e aquisição de autonomia para diversas tarefas. À medida que o usuário ganha autonomia, em vez de dispensar o suporte, passa a requerer modos mais refinado e complexos de acompanhamento. (Ministério da Saúde, 2004c, p. 11-12).

Em síntese, são duas frentes de trabalho que nos possibilitam posicionar nossas reflexões acerca das produções de subjetividade através do cotidiano: o movimento construído pelas atividades da casa e pelos vínculos afetivos entre os moradores e os acompanhantes comunitários (ACs); e o movimento de circulação pelo território em que a casa está localizada (bairro) e pelo território afetivo dos moradores (novos ou antigos).

Acompanhemos agora estas duas noções – cotidiano e produção de subjetividade que nos trazem elementos importantes para esta conceituação.

Cotidiano

O termo *cotidiano* tem um significado cristalizado nos dicionários e em algumas teorizações: como algo que acontece diariamente, comum ao dia-a-dia, despercebido em sua mesmice (Spink, 2007). No entanto, ele também pode ser visto como o espaço-tempo no qual diferentes possibilidades existenciais podem ser criadas e inventadas, como o fizeram alguns estudiosos que apresentaremos brevemente a seguir. E é sob essa perspectiva que desejamos pensá-lo.

O cotidiano passou a ser pensado como unidade de análise quando se buscou “conhecer através do olhar de alguém, de dentro, compartilhando vivências, desvendando representações, sentimento e significados.” (Galheigo, 2003, p. 105).

A noção ganhou destaque com Goffman (2008) nos anos 50 pela pesquisa social com caráter qualitativo e etnográfico sobre as instituições totais, abrindo espaço para os estudos de pequenos grupos como processo para a compreensão da realidade social cotidiana.

Destacamos dois autores que trabalharam com o conceito: Pichon-Rivière e Michael de Certeau, que fizeram da “mesmice” do dia-a-dia o centro de importantes reflexões sobre a vida em sociedade. Embora diferentes em seu repertório referencial,

eles nos apontam caminhos para refletir sobre o cotidiano com um olhar crítico e inventivo que nos propomos aqui.

Pichon³⁶ postulou uma Psicologia Social como uma crítica a cotidianidade. Realizou uma análise objetiva, e portanto crítica “das formas como cada formação social concreta organiza materialmente a experiência dos sujeitos, determinando assim a inter-relação fundadora para a construção da subjetividade, entre necessidade e satisfação vincular social dessa necessidade.” (Pichon-Rivière e Quiroga, 1998, p. XI-XII).

Ele definiu a cotidianidade como o espaço e o tempo em que se manifestam, de forma imediata, as relações que os homens estabelecem entre si e com a natureza em função das suas necessidades, configurando assim o que ele chamou de “condições concretas de existência” (Pichon-Rivière e Quiroga, 1998, p. XII). Podemos assim, caracterizá-la como o modo de organização material e social do sujeito num determinado contexto histórico-social, implicando em ações vitais numa distribuição diária do tempo, por isso ele é espaço, tempo e ritmo (*idem*).

Woronowski (1992) sistematizou a inovação de Pichon acerca desse pensamento. Para este, o senso comum toma o cotidiano como “o que é de todo dia”, como o ordinário, Pichon propõe o oposto, entender o cotidiano como algo extraordinário, colocando-o como fonte de crítica.

Este conceito pode ter três sentidos para Pichon: como “todos os dias”, onde nada acontece; como ordinário, que está em ordem e não marca a diferença (repetição por excelência); e como espaço onde a crítica pode acontecer (Woronowski, 1992) e para nós, onde possibilita a criação do novo, diferente do seriado dos hospitais psiquiátricos. Para Pichon, é somente através da repetição que a crítica pode acontecer e a mudança torna-se possível. Assim, é no cotidiano que se pode criticar o cotidiano.

Com isso, o cotidiano se apresenta em três dimensões:

³⁶ Pichon foi médico psiquiatra e psicanalista, viveu na Argentina. A partir da crítica do elitismo da psicanálise e da violência institucional dos hospícios forja uma proposta de Psicologia Social em que articula elementos do marxismo, da psicanálise e da psicologia social de Lewin. Nesta proposta define a Psicologia Social como a crítica à vida cotidiana, levando a questionar o que está instituído para nossa vida. Questionar as formas em que se instituem o sofrimento e a opressão, isto é, em suas condições de produção e legitimação. Esta é uma marca que Pichon traz desde a experiência no *Hospicio de las Mercedes* e que recorre a história da saúde mental na Argentina. Essa vontade de modificar o curso das coisas, inscrevem-se num projeto cujo horizonte, cuja utopia, é a crescente aproximação do sujeito (individual ou coletivo) e suas condições de vida (Woronowski, 1992).

- 1) Conjunto inumerável e heterogêneo de práticas em que a vida do sujeito transcorre e que são condições de sua produção como tal. Através de suas práticas discursivas e não discursivas, constituindo um habitat, condições concretas de existência segundo Pichon, cuja significação é vital para a construção do sujeito como sujeito psíquico e ator social.
- 2) A cotidianidade como naturalizada. Cotidiano como representação desse sentindo comum daquela heterogeneidade prática. Aqui nos remetemos a “naturalidade acrítica: que Pichon falava. Comum no sentido de compartilhado por todos. Recordando Bourdieu que diz “a nomenclatura classifica”, organiza a multiplicidade do cotidiano em um campo semântico. E dizemos “comum” porque o heterogêneo é assim estruturado num sentido estratégico comum. Configura-se assim sua hegemonia.
- 3) Mas no campo da vida cotidiana fluem práticas múltiplas e heterogêneas, este é um espaço próprio de conflito. Será onde as batalhas pela apropriação de sentido entram num campo estratégico de disputas. (Woronowski, 1992, p. 70).

Desta forma, propomos pensar o cotidiano como espaço para a crítica, não como um contra-discurso, mas sim como possibilidade de prática de vida crítica, pois é com a crítica que podemos elucidar as condições para produção, análise e intervenção no cotidiano.

Seguindo uma reflexão próxima, mas destacando a influência da construção histórica no cotidiano temos Agnes Heller³⁷. Para Heller, a vida cotidiana é heterogênea em conteúdo e significado, pois inúmeras atividades compõem nosso “dia-a-dia”: a organização do trabalho, a atividade social sistematizada, o intercâmbio e a purificação. Ela não está “fora” da história, mas no centro do acontecer histórico: “é a verdadeira “essência” da substância social.” (Heller, 2008, p. 34). Para ela, a transformação da condução da vida é possível pelas práticas cotidianas, mesmo quando as condições gerais econômico-sociais favoreçam a alienação. “A “ordenação” da cotidianidade é um fenômeno nada cotidiano: o caráter representativo, “provocador”, excepcional, transforma a própria ordenação da cotidianidade numa ação moral e política.” (Heller, 2008, p. 61, grifos do autor).

Já Certeau³⁸ colocou o indivíduo “comum” e sua relação com a cidade como centro de sua pesquisa sobre o cotidiano. Ele trabalhou com a ideia de que a organização

³⁷ Heller é uma das grandes filósofas do século XX, escreve principalmente sobre teorias políticas.

³⁸ Michel de Certeau publicou em 1980 a primeira edição do livro “A Invenção do Cotidiano”, fruto de uma pesquisa encomendada por um órgão público francês sobre questões de cultura e sociedade (do final de 1974 a 1978). Propôs formas de analisar as práticas cotidianas dos consumidores. Além disso, Certeau esboçou uma teoria das práticas cotidianas “para extrair do seu ruído as maneiras de fazer que, majoritárias

da vida cotidiana se articula ao menos por dois registros: os comportamentos e seus benefícios simbólicos. O primeiro se torna visível no espaço social da rua e se mostra pelo vestuário, pela aplicação (ou não) dos códigos de cortesia, o ritmo de andar e o modo como se valoriza (ou não) este ou aquele espaço público. Seus benefícios simbólicos são esperados pela maneira de se portar no espaço do bairro e serão julgados a partir da interpretação do seu comportamento pelos outros membros da sociedade.

Estes dois sistemas se relacionam pelo conceito de “conveniência”, que para Certeau “representa, no nível de comportamentos, um compromisso pelo qual cada pessoa, renunciando à anarquia das pulsões individuais, contribui com sua cota para a vida coletiva, com o fato de retirar daí benefícios simbólicos necessariamente protelados.” (Certeau, 1996, p. 39). A conveniência é uma espécie de politização das práticas cotidianas, seria o contrato social estabelecido para que seja possível uma vida cotidiana.

A conveniência, que está diretamente relacionada ao contrato social, alia-se as práticas culturais para desenvolver a conduta do sujeito dentro do seu território. Endente-se por prática cultural como a combinação mais ou menos coerente e fluida de elementos cotidianos concretos ou ideológicos, ao mesmo tempo passados por uma tradição (de uma família, de um grupo social) e realizados dia a dia através dos comportamentos (Certeau, 1996).

Desta forma, para Certeau,

o cotidiano é aquilo que nos é dado cada dia (ou que nos cabe em partilha), nos pressiona dia após dia, nos oprime, pois existe uma opressão do presente. Todo dia pela manhã, aquilo que assumimos, ao despertar, é o peso da vida, a dificuldade de viver, ou de viver nesta ou noutra condição, como esta fadiga, com este desejo. O cotidiano é aquilo que nos prende intimamente, a partir do interior. É uma história a meio-caminho de nós mesmos, quase em retirada, às vezes velada. (...) É um mundo que amamos profundamente, memória olfativa, memória dos lugares da infância, memória do corpo, dos gestos da infância, dos prazeres. (Certeau, 1996, p. 31).

Outro autor que trabalha o conceito de cotidiano é Lefebvre. Para ele, é através do estudo da vida cotidiana que se mostram os conflitos entre o racional e o irracional da

na vida social, não aparecem muitas vezes senão a título de “resistências” ou de inércias em relação ao desenvolvimento da produção “sócio-cultural””. (GIARD 1994, p. 17).

nossa sociedade. O estudo da vida cotidiana “determina assim o lugar em que se formulam os problemas concretos da *produção* em sentido amplo: a maneira como é *produzida* a existência social dos seres humanos, com as transições da escassez para a abundância e do precioso para a depreciação.” (Lefebvre, 1968, p. 30, grifos do autor).

No cotidiano, tanto a percepção como a inovação ganham forma e a vida cotidiana pode ser percebida como centro de uma prática, onde se produzem e reproduzem as relações sociais (Lefebvre, 1968). Ações espontâneas que a caracterizam, através do ritmo fixo, a repetição, a sua rigorosa regularidade não estão em contradição com essa espontaneidade das relações, ao contrário, implicam-se mutuamente. Destaque para a repetição que compõe o cotidiano: “gestos no trabalho e fora do trabalho, movimentos mecânicos (das mãos, do corpo, assim como de peças e de dispositivos, rotação, vaivéns), horas, dias, semanas, meses, anos; repetições lineares e repetições cíclicas, tempo da natureza e tempo da racionalidade etc.” (*idem*, p. 24).

Desta forma que entendemos este espaço-tempo como um lócus possível de “conhecer, compartilhado vivências, desvendando sentimentos e significados.” (Galheigo, 2003, p. 105)

Deslocar-se para a análise do mundo da cotidianidade pode ser uma estratégia eficaz não só para o processo de construção de consciências críticas, mas também ajuda o sujeito a superar seus limites, a se constituir como sujeito e a apostar na construção de uma cidadania (Wagner, 1996). Não é somente lugar de automatismos, de reproduções, é um campo de produção de sentidos, de experimentações e de criações de enfiamentos políticos singulares (Baptista, 2003).

Propomos assim refletir sobre o cotidiano como um espaço heterogêneo, que nos possibilita a condução da vida, a criação de novas formas de existência (diferentes dos modos serializados), a sermos inventivos através da repetição. Como um espaço-tempo extraordinário e crítico, o que atravessa também a noção de produção de subjetividade de Guattari, e a reflexão acerca dos processos que propiciam a construção de um outro morar nas Residências Terapêuticas, diferente dos espaços de produção serializada dos hospitais psiquiátricos.

Produção de Subjetividade

(...) a vida coletiva, concebida segundo esquemas rígidos, segundo uma *ritualização do cotidiano*, uma hierarquização definitiva das responsabilidades, em suma, uma vida coletiva serializada pode se tornar de uma tristeza desesperadora tanto para os doentes como para os “técnicos”.

(Guattari)

Quanto ao conceito de produção de subjetividade, tomamos Guattari como referência pois ele propôs uma concepção transversal do conceito, permitindo responder ao mesmo tempo às amarrações dos Territórios existenciais³⁹ e à abertura para sistema de valor, chamados de Universos incorporais, com implicações sociais e culturais (Guattari, 1992).

Esta concepção nos exige revisar o que entendemos por sujeito, pois não basta pensar para ser (como proclamou Descartes), há inúmeras maneiras de existir que se instauram fora da consciência. O sujeito advém no momento em que o pensamento se apreende a si mesmo e se “põe a girar como um pião enlouquecido, em enganchar em nada dos Territórios reais de existência, os quais por sua vez deriva, uns em relação aos outros, como placas tectônicas sob a superfície dos continentes.” (Guattari, 1990, p. 17). Para Guattari, trata-se de falar em componentes de subjetivação do que em sujeitos, o que nos conduziria a examinar a relação entre indivíduo e a subjetividade. Sair da lógica identitária, tradicionalmente colocada pelo conceito de indivíduo e substituí-la pela lógica do encontro⁴⁰, da processualidade que é a subjetividade. O termo sujeito se refere aqui à um sujeito prático, real.

Propõe-se aqui uma descentralização da questão do sujeito para a subjetividade. O sujeito foi tradicionalmente concebido como essência última da individuação, como pura apreensão pré-reflexiva do mundo, como foco da sensibilidade, da expressividade, como unificador dos estados de consciência. Agora com a subjetividade, trata-se de tomar a

³⁹ Para Deleuze e Guattari o valor do território é sempre existencial, pois ele circunscreve o campo do familiar e do vinculante, marca as distâncias em relação ao outro e protege do caos. É o investimento íntimo do espaço e do tempo que implica essa delimitação, inseparavelmente material e afetiva (Zourabichvili, 2004).

⁴⁰ Lógica do encontro é quando algo se agencia, se constrói (Zourabichvili, 2004).

relação entre o sujeito e o objeto pelo meio, “e de fazer passar ao primeiro plano a instância que se exprime.” (Guattari, 1992, p. 35).

A ampliação do conceito de subjetividade teve como objetivo ultrapassar a oposição clássica entre sujeito individual e sociedade, impulsionada por três questões: o movimento de maio de 68 que instalou a irrupção dos fatores subjetivos no primeiro plano; a mídia, com o desenvolvimento maciço de produções maquinicas de subjetividade; e a sustentabilidade, através dos destaques aos aspectos etológicos e ecológicos relativos à subjetividade humana. É uma perspectiva que faz transitar as ciências humanas e as ciências sociais de paradigmas cientificistas para paradigmas ético-estéticos, ou seja, “uma certa cartografia feita de demarcações cognitivas, mas também míticas, rituais, sintomatológicas, a partir da qual [o sujeito] se posiciona em relação aos seus afetos, suas angústias e tenta gerir suas inibições e suas pulsões.” (Guattari, 1992, p. 22). O importante não é o resultado final dessa cartografia, mas o fato desse método multicomponencial coexistir com o processo de subjetivação e envolver uma dimensão de autonomia de ordem estética, ética e política: “ou se objetiva, se reifica, se “cientificiza” a subjetividade ou, ao contrário, tenta-se apreendê-la em sua dimensão de criatividade processual.” (*ibidem*, p. 24).

Guattari sugere uma conceituação de subjetividade: “o conjunto das condições que torna possível que instâncias individuais e/ou coletivas⁴¹ estejam em posição de emergir como *território existencial* auto-referencial, em adjacência ou em relação de delimitação com uma alteridade ela mesma subjetiva.” (Guattari, 1992, p. 19).

A subjetividade é material (ainda que incorpórea, como por exemplo advinda de sentimentos), imanente (porque se forja neste mundo, neste momento), marcadamente relacional, associacionista e interativa. Ela se produz através dos nossos modos de existência. Ou em outras palavras “fluxo contínuo de sensações, modos de existir, amar e comunicar, de imagens, sons, afetos, valores e formas de consumo literalmente fabricadas no entrecruzamento de instâncias sociais, técnicas, institucionais e individuais” (Soares e Miranda, 2009, p. 415).

⁴¹ O termo coletivo deve ser entendido no sentido de multiplicidades pré-verbais, derivando de uma lógica dos afetos mais do que uma lógica de conjuntos bem circunscritos (Guattari, 1992).

A subjetividade se constitui dos componentes mais heterogêneos possíveis, como a relação com o espaço-arquitetônico, as relações econômicas, a co-gestão da vida com o próximo, apreensão de todas as ocasiões de abertura para o exterior, a exploração processual das singularidades dos acontecimentos, enfim tudo aquilo que pode contribuir para a criação de uma relação autêntica com o outro (Guattari, 1992). Guattari detalha esta composição heterogênea: componentes semiológicos significantes que se manifestam através da família; elementos fabricados pela indústria da mídia; e dimensões semiológicas a-significantes colocando em jogo máquinas informacionais de signos, funcionando paralelamente ou independentemente, pelo fato de produzirem e veicularem significações e denotações que escapam então às axiomáticas propriamente linguísticas.

Para Guattari (1992), por exemplo, as cidades são imensas máquinas produtoras de subjetividade individual e coletiva, pois “produz o desatino da humanidade: suas promoções assim como suas segregações, a formação de elites, o futuro da inovação social, da criação em todos os domínios” (p. 173). Em escalas individuais e coletivas, concerne tanto à vida cotidiana quanto à reinvenção da democracia (Guattari, 1990). O que Guattari está querendo dizer aqui é que a produção da nossa subjetividade não está alheia a constituição da cidade em que vivemos. Ao mesmo tempo em que ela impõe nosso modo de circular e de se organizar, nós também fazemos parte disso.

Para Guattari, ainda, só se pode pensar a subjetividade como produção. “Subjetividade é tudo aquilo que concorre para a produção de um “si”” (Soares e Miranda, 2009, p. 416). Guattari utiliza a subjetividade para enfatizar a transversalidade do conceito, a subjetividade não é algo pronto, formado, ela é o tempo todo em construção, em produção.

“A produção de subjetividade constitui matéria-prima de toda e qualquer produção” (Guattari e Rolnik, 2010, p. 36). Ela acontece por todos os lados em agenciamentos insuspeitos⁴², materializando-se no cotidiano, em nossas relações familiares, afetivas, institucionais e libidinais.

Trata-se de entendê-la também como fora das perspectivas valorativas ou desenvolvimentistas. O melhor da produção de subjetividade é o seu poder de criação,

⁴² Ou como Guattari chama, *agenciamentos de enunciação*, que são um acoplamento de um conjunto de relações materiais a um regime de signos correspondentes.

invenção de novos Universos de referência, e o seu pior é a massificação midiática embrutecedora (Guattari, 1992).

Vale também sinalizar que Guattari diferencia a *máquina de produção de subjetividade* aos *modos de subjetivação singulares* (ou *processos de singularização*). Este é uma maneira de recusar os modos de encodificação preestabelecidos, todos os modos de manipulação, recusá-los para construir modos de sensibilidade, modos de relação com o outro, modos de produção, modos de criatividade que produzam uma subjetividade singular (Guattari e Rolnik, 2010).

Parte-se de uma ampliação do conceito de subjetividade para considerar os casos particulares do modo de singularização: momentos em que a subjetividade se reconhece num corpo, ou numa parte de um corpo, ou num “sistema de pertinência corporal coletiva”. A automodelação é o que caracteriza esse processo, isto é, ele capta os elementos da situação, que constrói seus próprios tipos de referências práticas e teóricas, sem ficar na “posição constante de dependência em relação ao poder global, em nível econômico, em nível do saber, em nível técnico, em nível de segregações” (Guattari e Rolnik, 2010, p. 55).

A subjetividade está em circulação nos conjuntos sociais de diferentes tamanhos: ela é essencialmente social, e assumida e vivida por indivíduos em suas existências particulares. O modo pelo qual os indivíduos vivem essa subjetividade oscila entre dois extremos: uma relação de alienação e opressão, na qual o indivíduo se submete à subjetividade tal como a recebe, ou uma relação de expressão e de criação, na qual o indivíduo se reapropria dos componentes da subjetividade, produzindo um processo que eu chamaria de singularização. (Guattari e Rolnik, 2010, p. 42, grifos do autor).

É exatamente por esse aspecto que este conceito nos interessa, por se opor ao processo de serialização que o conceito de indivíduo carrega. Pois nos faz uma clara oposição aos modos de produção de subjetividade serializada nos hospitais psiquiátricos contra a possibilidade de modos de singularização que as Residências Terapêuticas podem propiciar.

O desafio agora é pensarmos como estes conceitos nos ajudam a refletir sobre a posição da loucura na nossa sociedade e que papel as RTs tem para a desconstrução do paradigma que associa loucura à exclusão.

Produção de subjetividade, cotidiano e loucura

A possibilidade de criar cotidianos não serializados, como nos sugere Guattari, permite-nos construir um clima de atividade e de responsabilidade com moradores das RTs. Não apenas como o objetivo de desenvolver um ambiente onde a comunicação circule, mas também para criar instâncias de subjetivação coletiva.

Guattari (1992) nos mostra que contextos dos mais heterogêneos podem possibilitar uma evolução positiva para o ex-interno, que vão desde as relações com o espaço arquitetônico, as relações econômicas, a co-gestão entre os moradores e funcionários da casa (como também nos espaços de tratamento), a aprendizagem a cada abertura para se conhecer o exterior, a exploração processual das singularidades dos acontecimento, enfim, tudo aquilo que possibilita contribuir para a criação de uma relação autêntica com o outro.

Estamos falando aqui de produção de subjetividade a partir da convivência em relação com o outro (seja na casa ou na rua). Produção de novos sentidos para a vida, lugar de troca, autocriação permanente através da diversidade de encontros. Oposto a internação que tem por finalidade o isolamento e produção de relações dependentes de ordem externas. Viver na cidade (ou reabilitação para alguns autores) não se trata de adaptação da loucura à ordem social, mas de uma proposta construção de vida, de sentido, de sociabilidade, e de utilização das formas de convivência nos espaços coletivos (Rotelli, 1990).

Daí a importância do processo de trabalho dos acompanhantes comunitários, no qual se permita a circulação de suas vozes e um apoio técnico para a realização daquelas duas frentes de trabalho propostas no projeto das RTs. A segurança de circular pelas ruas vai se constituindo na medida em que os sujeitos vão se apropriando de cada muro, calçada, esquina, etc., como também de tudo aquilo que ordena esse território.

Por isso, os espaços de circulação da fala mostram-se como efervescentes para o estabelecimento de coeficientes de transversalidade⁴³. Dentro do projeto das RTs esse

⁴³ Cada grupo tem seu *coeficiente de transversalidade*, que seria, pelas palavras de Guattari, o “ajuste de viseiras” dos integrantes do grupo. “Num hospital, o *coeficiente de transversalidade* é o grau de cegueira de casa membro do corpo de funcionários.” (Guattari, 1992). A hipótese é que seria possível modificar diferentes coeficientes de transversalidade inconscientes nos diferentes níveis de uma instituição (Guattari, 2004).

espaços estariam assegurados para um trabalho coletivo. Há três grupos dentro da casa/serviço: moradores, acompanhantes comunitários e coordenação. Podemos até colocar o CAPS como um quarto grupo porque ele influencia na dinâmica da casa/serviço.

Pois bem, os espaços transversais espontâneos acontecem cotidianamente, ordinária e extraordinariamente, principalmente durante as refeições, momento em que “todos” se sentam a mesa para alimentar-se e conversar. O momento dos lanches são mais descontraídos e os assuntos que circulam são os mais variados, mas destacam-se momentos marcantes da casa/serviço como algumas crises, brigas, festas, passeios, reuniões.

As reuniões, como as assembleias, são momentos que podem ser especialmente potencializadores da transversalidade sempre que se assumam como dispositivos co-gestionário, podem ser uma semente para que o extraordinário do cotidiano aconteça. Pensamos que também, um bom Projeto Terapêutico Singular (PTS) montado em conjunto pelo morador, funcionário da RT e pelo CAPS, ajudaria nessa construção de um cotidiano diferente ao da internação, não serializado.

A atual Política de Saúde Mental, que tem o conceito de desinstitucionalização como princípio propulsor, propõe aproveitar o que a própria cidade já oferece como atividades dos serviços substitutivos, incluindo não só os moradores, mas qualquer usuário dos serviços no circuito de vida pulsante da cidade. Estimular a circulação nos espaços coletivos e recolher desse movimento um acréscimo nas experiências subjetivas de cada um (Costa, 2008).

Nessa direção de trabalho, o morador entraria em contato com uma ordem para além do imaginário, delirante e fantasmático, ele estaria envolvido com um meio social e com o material do cotidiano. As psicoterapias poderão trabalhar questões ligadas a reconstituição de um corpo, forjar novos territórios existenciais. Mas é na realidade do local, no campo intersubjetivo, na relação com o outro e no contexto pragmático que serão obrigados a trazer novas respostas (Guattari, 1992).

Apoiados nesses conceitos, propomos pensar como as RTs podem se configurar como uma possibilidade de criação de novos territórios subjetivos entre a noção de morar e de circular pela cidade.

3. PERCURSOS DE UMA PESQUISA

“Quantas vezes, quando as pessoas querem relatar uma experiência importante, uma inovação ou uma ação social, se sentem mais confortáveis narrando o processo. Quantas vezes quando não sabemos como elaborar o texto de uma investigação recorremos à segurança da expressão: “conte como aconteceu”.

(P. Spink, 2003, p. 22).

Pretendemos com esse texto traçar o caminho realizado nesta pesquisa. Chamamos de *campo de pesquisa* todo o processo que envolve desde a escolha do tema, a abordagem, o contato com o ambiente onde a pesquisa irá acontecer, seus percursos e análises.

Campo-tema, como P. Spink (2003) nomeia, é o complexo de rede de sentidos que se interconectam, criando um espaço, herdado ou incorporado pelo pesquisador e negociado na medida em que este busca se inserir nas suas vozes, lugares e momentos diferentes. “Já estamos no campo, porque já estamos no tema.” (p. 37).

É justamente por ter essa perspectiva do “fazer pesquisa” que utilizamos a Análise Institucional e noções do método cartográfico, pois para Passos *et al* (2009) o sentido da cartografia⁴⁴ é de acompanhar percursos, implicar-se em processos de produção e fazer conexões de redes ou rizomas. É uma aposta na experimentação do pensamento. “(...) não abre mão do rigor, mas esse é ressignificado. O rigor do caminho, sua precisão, está mais próximo do movimento da vida ou da normalidade do vivo (...). A precisão não é tomada como exatidão, mas como compromisso e interesse, como implicação na realidade (...)” (p. 10-11).

A Análise Institucional como guia referencial para esse trajeto de pesquisa (e seus principais conceitos) serão desenvolvidos no decorrer desse texto.

A Residência Terapêutica escolhida está localizada na zona norte de São Paulo. Esta RT foi escolhida porque a PUC, através do Projeto Pro-Saúde (Programa de Reorientação Profissional da Formação em Saúde-MS), tem parcerias com os serviços de saúde desta região para o aprimoramento da integração universidade-serviço envolvendo

⁴⁴Conceito que foi apresentado por Deleuze e Guattari na Introdução de *Mil Platôs*.

os cursos de Psicologia, Fonoaudiologia e Serviço Social. A articulação ensino-pesquisa-extensão tem sido outro objetivo do Pro-Saúde.

O projeto foi apresentado tanto à coordenação do serviço e do território, quanto à ONG que realiza a gestão da RT⁴⁵. O projeto foi também encaminhado ao Comitê de Ética da Universidade e da SMS-SP.

Ao apresentar a proposta da pesquisa; conhecer o cotidiano desses moradores, especialmente suas relações com a cidade, por meio de “saídas” para experimentar o território que cada morador circula, um primeiro *analizador*⁴⁶ se colocou.

Ao fazer essa apresentação aos supervisores a principal pergunta era: “*e se o morador fugir ou se perder? Quem será o responsável?*”

Ali mesmo se iniciou uma discussão. As RTs são casas, mas também são serviços que respondem a instâncias gestoras como a própria ONG e o Ministério da Saúde. Mas ao mesmo tempo, a proposta é que este serviço (fora dos padrões convencionais de um serviço de saúde) seja uma casa e que nesta o morador (também usuário do serviço) tenha a autonomia de livre circulação na casa e no bairro.

Lancetti⁴⁷ (2010) pontua que as RTs saíram da fase de “cenas escatológicas”⁴⁸ para um momento de aumento considerável de autonomia dos moradores, no qual as questões sobre a ambivalência entre ser serviço e casa ganham destaque entre as equipes cuidadoras (ACs, coordenadores e supervisores). Ele destaca que durante este processo até agora “poucos tornaram a ser internados e alguns moradores evadiram-se das residências. Um conseguiu achar a família: foi recebido agressivamente. Outros reaparecem depois de morar um tempo nas ruas; outros voltaram para as residências e outros nunca mais voltaram” (p. 93). Esse aspecto da “fuga” deve ser levado em conta neste espaço, pois é um elemento fundamental nesse habitar – é possível sair. O que não podemos é reduzir a RT às funções assistenciais se há uma intenção produtiva nela.

⁴⁵ Organização Não Governamental que faz parceria de gestão com vários serviços de saúde do município de São Paulo, contextualizado melhor no item 1.3 desta dissertação.

⁴⁶ É um dispositivo que propicia a explicitação dos conflitos e sua resolução. Pode ser artificial/construído ou espontâneo/natural (Baremlitt, 2002).

⁴⁷ Lancetti realiza supervisões aos ACs das RTs e publicou algumas de suas reflexões neste artigo.

⁴⁸ Como um morador que saía de casa para fazer cocô no terreno vazio perto da casa (Lancetti, 2010).

Após o primeiro contato com a coordenação, agendamos uma data para a primeira visita, uma data que se mostrava ser interessante porque seria dia de reunião geral com todos os Acompanhantes Comunitários⁴⁹ (ACs).

Pesquisa aprovada pelos funcionários da RT, meu segundo passo pedir a participação dos moradores, para isso marquei uma segunda visita, pois a RT estava bastante tumultuada por causa desta reunião.

No segundo encontro apresentei a pesquisa para os moradores e eles concordaram em participar. Aproveitei o espaço para fazer um breve levantamento sobre a RT.

Esta Residência foi inaugurada em janeiro de 2009, com 8 moradores, 5ACs (hoje são 7) e 1 coordenadora. A casa tem dois andares (térreo e primeiro), com 3 quartos com suíte, uma varanda (em cima), garagem, sala, cozinha, área externa (onde é a cozinha com a mesa grande) e banheiro.

Atualmente são 8 moradores do sexo masculino, com idades entre 24 a 60 anos de idade, 5 vieram do Hospital Psiquiátrico Vera Cruz, 2 do Pinel e 1 era morador de rua.

A primeira fase da pesquisa consistiu na ambientação: ao espaço, aos moradores e aos ACs, ficava sempre um turno revezando de acordo com os plantões. Aos poucos ia combinando de conversar com os moradores para conhecê-los melhor.

Claro que estávamos negociando a minha entrada nesta RT desde o primeiro contato com os supervisores da zona norte. Mas para a pesquisa acontecer, precisamos de muito mais que uma autorização formal. “Entende-se também por negociação de acesso ao terreno o trabalho efectuado pelo pesquisador para adquirir a confiança das pessoas a fim de que elas aceitem abrir-se realmente ao entrevistador, e mesmo colaborar com ele.” (Lapassade, 2005, p. 289). Por isso que esta primeira fase da pesquisa foi crucial para negociar minha entrada e permanência no cotidiano dos moradores por um tempo.

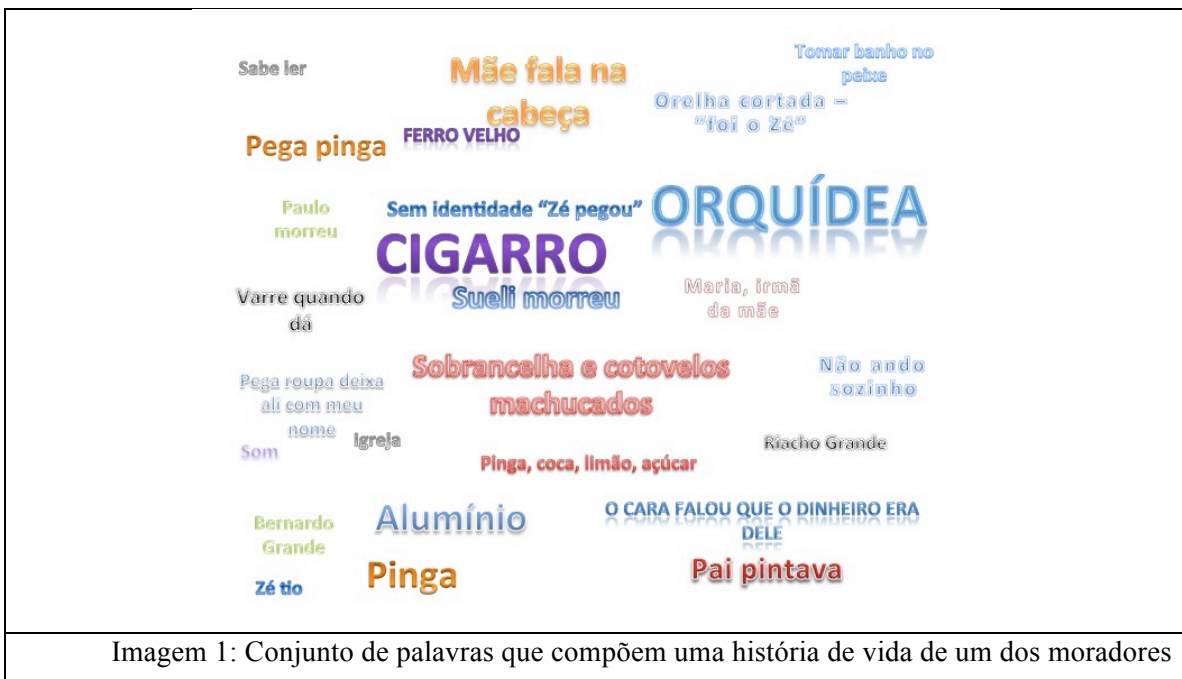
A passagem para a segunda fase não foi assim definida como parece relatada aqui no texto, ela aconteceu concomitantemente com a primeira: na medida em que eu frequentava mais a casa, mais os moradores iam se aproximando e aos poucos fui marcando conversas com eles. Prefiro utilizar o termo conversas do que entrevistas porque foi essa a minha postura nesses momentos. Tinha um certo guia⁵⁰ para todos os

⁴⁹ Como aqui em São Paulo são chamados os cuidadores das RTs.

⁵⁰ Modelo no apêndice.

moradores, mas a conversa era mais guiada pelo que eles traziam espontaneamente. Até porque em alguns casos, alguns moradores tinham comprometimentos com a fala e a memória, nossa suposta ferramenta de comunicação, levando-nos a outros exercícios de “diálogo”.

Com esses moradores minha abordagem foi outra: com um eu anotava as palavras soltas que ele trazia e as repetia para ele, desencadeando outras. Ao olhar para essa lista como um todo, encontramos uma história de vida (Imagem 1); e com outro, essa foi mais processual e apenas temos acesso a sua história prévia pelos poucos documentos existentes sobre ele (como relatório do hospital psiquiátrico do qual ele veio e cópias das páginas do prontuário que indicavam pistas sobre seu passado).



Então chamamos de segundo momento da pesquisa as conversas realizadas com todos os moradores sobre sua história de vida, incluindo período das internações e principalmente o momento atual na RT. Nesse momento os vínculos também foram se formando e a negociação (ou contrato de pesquisa) foi se estabelecendo a partir desses encontros. Daqui recebo a autorização de frequentar o cotidiano e a dinâmica da RT.

Esse é o momento que chamamos de terceira fase, na qual fui acompanhá-los em atividades fora e dentro da casa, desde atividades agendadas, como consultas, momentos espontâneos de saída, momentos de descontração “marasmos” na cozinha ou na sala.

Aqui se constituiu de forma mais presente o procedimento da *observação participante*.

Segundo Lapassade (2005) este é um dispositivo de pesquisa que é caracterizado pelo período de interações sociais intensas entre o pesquisador e os sujeitos em seu ambiente. É uma abordagem que em todo o tempo o pesquisador toma parte na vida coletiva daqueles que observa, ocupa-se essencialmente em ver, escutar e conversar com as pessoas, recolher e reunir informações. Porém mais do que isso, é um deixar-se levar pela situação na qual os sujeitos vão mostrando como caminho. Não há roteiro pré-estabelecido. “Os observadores mergulham pessoalmente na vida das pessoas. Partilham as suas experiências.” (p. 287).

Para Dalmolin (2006) o pesquisador precisa construir um lugar de participação no grupo, de tal modo que sua presença seja aceita e consentida ao mesmo tempo. Além do cuidado para não se deixar absorver e naturalizar as relações e as práticas.

Um dos instrumentos utilizados neste percurso foi o *diário de campo*⁵¹ (sempre feito logo após as visitas). Para Lourau (2004) este diário não tem a pretensão de ser apenas o registro dos acontecimentos, ele envolve todas as condições afetivas do pesquisador durante o processo. Não é um material neutro, nem política nem afetivamente, pois contém as informações “fora do texto”, fora do formato acadêmico, no qual, até então não havia espaço para ele, pois revelam a intimidade do campo e o coloca em análise, assim como também a pesquisa em si e o próprio pesquisador.

Valemo-nos ao longo deste percurso, da ferramenta da *análise de implicação*, forjada pela Análise Institucional. Porque por mais que o ato de observar possa parecer “imparcial”, seria irreal dizer que a minha presença quase que diária na casa não produziu modificações nos sujeitos e em mim enquanto pesquisadora. “O “objeto” estudado nunca é portanto totalmente exterior ao sujeito que observa e não sai incólume dessa observação, como aliás o próprio observador” (Lapassade, 2005, p. 281).

⁵¹ No apêndice está apresentado o diário de campo em quatro imagens que mostram sua estrutura. Para preservar seu conteúdo, um filtro foi utilizado nas imagens.

Implicar-se significa analisar a si e aos outros: “análise coletiva das condições da pesquisa” (Lourau, 2004, p. 257). Opõe-se radicalmente a pretensão de neutralidade de algumas ciências mais tradicionais. Nesse “novo espírito científico”, o observador e sua presença modifica o objeto de estudo, e, mesmo quando ele esqueça, ele sempre será um elemento do campo, pela sua simples presença.

As visitas foram realizadas num período de seis meses, de maio a outubro de 2011. Alcancei neste período um patamar de compreensão da dinâmica da casa, desde os pontos administrativos aos terapêuticos.

Porém muitas questões já me rodeavam nesse momento e um desejo de conversar com a coordenação se fez necessária. Uma conversa para tirar algumas dúvidas e apontar algumas observações feitas, com objetivo de fazer dialogar pesquisa e serviço. Entendo esse espaço de troca fundamental tanto para o enriquecimento da pesquisa quanto do serviço. Não consigo ter o posicionamento de que aquele é apenas um local apenas de coleta e análise. Na medida em que o serviço abre espaço para esta troca, poderá haver uma construção coletiva de um pensar/fazer.

Esse é um processo que a Análise Institucional chamou de *restituição*. Dispositivo que opera dentro da pesquisa, como uma espécie de devolução com os sujeitos pesquisados que se mostra tão importante quanto os dados obtidos durante a pesquisa. É colocar em análise coletiva a situação presente, no presente, em função das diversas implicações de cada um com a situação. Ela nos faz considerar a pesquisa para além dos limites da redação final. Quando esse espaço é aproveitado, os sujeitos podem se apropriar da pesquisa, abrindo a possibilidade de criar um “pesquisador-coletivo”, que para Lourau (2004) seria a verdadeira socialização da pesquisa.

Essa minha tentativa de uma aproximação com a coordenadora não teve sucesso. Diferentemente de outras RTs em SP que contam com uma coordenação de 20h, a coordenação trabalha do CAPS de referência da RT e dedica 10h a esta função, estando menos presente no cotidiano. Então me aproximei de todos os envolvidos na pesquisa (moradores e ACs) para fazer essa restituição.

Numa primeira análise do diário de campo, percebemos que um espaço foi escolhido para ser “habitado” pela pesquisa espontaneamente, onde as coisas se apresentavam mais do que as minhas propostas de saída pelo bairro: era o momento do

lanche da tarde. Momento este que os moradores e ACs se juntavam à mesa livremente, sem obrigação com horário (como almoço e jantar), onde as conversas fluíam, sem tópicos, sem amarras, sem hierarquias entre os funcionários, os moradores e a pesquisadora/psicóloga.

As experiências com o circular dos moradores foram enriquecedoras para conhecer o “habitar fora da casa”, a relação com os vizinhos, estabelecimentos, transporte público e também com o CAPS. Porém não se destacavam na construção do cotidiano. A dinâmica da casa se mostrava mais. A produção de um cotidiano extraordinário acontecia dentro da casa e o momento do lanche era onde essas experiências eram trocadas entre todos espontaneamente.

Além dessa observação, há uma história peculiar nesta RT. Trata-se de um morador que era antes “morador de rua” sem nenhuma internação psiquiátrica que passa a residir nesta casa. Pela construção de vínculo e dimensões de produção de subjetividade, e pela possibilidade de desvio da própria RT, isto é, de assumir uma função além da prescrita, elegemos esse caso como um analisador da potência da RT.

Com esses dois caminhos traçados, a restituição (na hora do lanche!) com os presentes na RT foi feita, o que nos possibilitou discutir sobre a pesquisa e esses novos caminhos: os moradores toparam minhas “visitas” na hora do lanche e o morador específico para o estudo de caso também aceitou reconstruir os seus passos na casa.

Como já foi dito, a construção de um diário de campo percorreu toda a pesquisa. Ele era gravado logo após as visitas⁵² e em seguida transcritos. Eram registrados os acontecimentos vividos, ouvidos e minhas impressões e reflexões.

Um primeiro tratamento foi durante a transcrição, quando no próprio diário de campo foram destacadas falas, histórias e acontecimentos. Depois houve uma seleção desses fragmentos que chamavam atenção pelos aspectos do cotidiano em suas dimensões serializadas ou por aspectos singulares, inventivos e extraordinários se mostravam (Guattari, Certeau, Pichon). A partir de então foram construídas cenas que descrevessem melhor esses fragmentos.

⁵² Como esta RT localiza-se longe do centro de SP, o percurso demorava aproximadamente uma hora e com receio de perder principalmente as impressões, o diário de campo era gravado nesse percurso.

A escolha de criar cenas vem do referencial teórico do Psicodrama. Para Mascarenhas (1996) “uma cena é um corte num fluxo já instituído e é a fundação de um novo fluxo de cenas” (p. 15). Aqui, este novo fluxo é operado pelo viés de análise que a cena descrita articula, como se as cenas fossem máquinas e suas articulações fossem produtos de fluxos associativos.

Máquina é um termo criado, na esquizoanálise, para se opor a subjetividade humana. O inconsciente maquínico abrange os mais diversos fluxos de signos, fluxos sociais e materiais. A máquina se define por um sistema de cortes e fluxos. Corta um fluxo de energia para transformá-lo num outro fluxo de movimento ou qualquer outro tipo de energia. (...) O corte não se opõe ao fluxo, mas condiciona um novo fluxo”. (Mascarenhas, 1996, p.15).

Para cada cena foram atribuídos títulos que indicam o núcleo de sentido do tema em questão⁵³. Tais núcleos estão diretamente articulados com a nossa proposta de refletir sobre o cotidiano e os vetores de subjetividade através das operações indicadas pela reabilitação psicossocial (Rotelli, 1990; Saraceno, 2001). Para tanto, os vetores analisados foram: reconstrução dos sentidos/valores, reconstrução do tempo, reconstrução da responsabilização e reingresso ao corpo social. Além de levantar questões que atravessam esses vetores como a noção de cuidado e o conceito de habitar.

O segundo momento de análise foi a construção de uma narrativa que contasse a trajetória de vida de um morador. A especificidade de sua história (por ter sido morador de rua e sem acompanhamento num serviço de saúde mental) e a construção de uma noção de cuidado, mereceram o destaque pois nos levantam reflexões acerca da potência deste serviço/casa.

A partir deste caminho, apresentaremos no próximo capítulo as reflexões produzidas a partir das cenas apresentadas e a trajetória de vida do morador.

⁵³ No apêndice encontra-se uma tabela com as cenas, seus vetores de análise e as páginas onde estão apresentadas no texto.

4. COTIDIANOS NA RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA E PRODUÇÃO DE SUBJETIVIDADE

As cenas que serão apresentadas e discutidas neste capítulo seguem as referências expostas anteriormente. Elas foram compostas por fragmentos do cotidiano vivido dentro de uma Residência Terapêutica: são histórias, falas ou acontecimentos que nos possibilitam fazer reflexões acerca dos vetores de produção de subjetividade ali presentes. Especialmente daquelas que forjam uma forma de viver diferente da serialização do hospital psiquiátrico.

Conforme trabalhamos no capítulo 2, entendemos cotidiano aqui como o espaço-tempo em que se possibilita a emergência do extraordinário ou do novo dentro do que seria o “ordinário do dia-a-dia”. Ao propormos uma análise da trivialidade cotidiana, estamos olhando para a atividade criadora, de produção, mas que nos conduz para uma análise das condições em que as atividades produtoras de objetos ou de obras se reproduzem nelas mesmas, recomeçam, transformam-se por modificações graduais ou por saltos (Lefebvre, 1968).

São nas práticas cotidianas – heterogêneas, múltiplas, naturalizadas ou em disputa (Woronowski, 1992) - onde fazemos um investimento íntimo do espaço e do tempo, inseparavelmente material e afetiva, que circunscrevem nosso campo familiar, marca nossas distâncias em relação ao outro e nos protege do caos. O que Deleuze e Guattari chamaram de território existencial (Zourabichvili, 2004).

Para Guattari (1990) a “demarcação dos ritornelos existenciais” (ou em outras palavras, a repetição criativa da nossa subjetividade) se opera na vida cotidiana, nos diversos patamares da vida social e, de forma mais geral, acontece quando está em questão a constituição desse território existencial. “O único ponto comum que existe entre esses diversos traços existenciais é o de sustentar a produção de existentes singulares ou de resingularizar conjuntos serializados.” (p. 29).

Acreditamos que através da reflexão crítica do e no cotidiano que podemos estimular a ampliação desses territórios.

É dentro desse espaço-tempo que a reabilitação psicossocial pode acontecer, não como uma “substituição da desabilitação, mas como um conjunto de estratégias

orientadas a aumentar a oportunidades de troca de recursos e de afetos” (Saraceno, 2001, p. 111-112). É uma abertura de espaços de negociação, como uma criação e multiplicação das oportunidades das trocas materiais e afetivas. Na medida em que são articuladas e flexíveis, aumentam a participação e a contratualidade real dos sujeitos.

Desta forma, nosso objetivo aqui é olhar para as cenas selecionadas nessa RT na perspectiva de como o cotidiano (coletivo e singular, dentro e fora da casa) ensejam vetores de subjetividade, através da reconstrução de sentidos/valores, da responsabilização, do tempo e do reingresso ao corpo social⁵⁴.

Atravessados a estes vetores, discutiremos também o tencionamento existente entre os sentidos do *morar* versus *habitar*, *cuidar* versus *tutelar* que são campos problemáticos da Reforma, sendo o primeiro especialmente importante para as RTs.

As cenas abarcam a multiplicidade do cotidiano desses moradores, por isso, não são exclusivas para cada vetor de análise proposto, eles estão entrelaçados como uma rede. Para organização do trabalho, selecionamos as cenas em que o vetor em questão mais aparece, desenvolvendo as reflexões que cada uma promove, não excluindo outros vetores.

4.1. RECONSTRUÇÃO DE SENTIDOS/VALORES

Nosso primeiro vetor é a noção de *reconstrução de sentidos/valores*. Trata-se de aceitar o desafio da complexidade dos múltiplos planos de existência, atribuir novos sentidos às tarefas comum da vida cotidiana, indo na direção contrária à serialização produzida nos hospitais psiquiátricos. Que dormir, comer, amar, caminhar, falar e trabalhar tenham a legitimidade de serem “a graciosa banalidade de viver” (Rotelli, 1990; Saraceno, 2001).

Para pensar esta questão apresentamos a seguinte cena:

Cena: “Eu não tenho mais medo de sair de casa”
Eu⁵⁵ e Arara⁵⁶ estávamos saindo do CAPS e voltando para a casa.

⁵⁴ Estes são alguns dos operadores propostos dela desinstitucionalização da Reforma Psiquiátrica Italiana (Rotelli, 1990).

⁵⁵ Nas cenas usarei a primeira pessoa para apresentar minha participação enquanto pesquisadora nas situações aqui relatadas.

Arara: Gostou?

Pesq.: Gostei.

Arara: É bom porque a gente aprende a cozinhar as coisas e conversa. Você ouviu o que a mulher disse? Que ela tinha medo de sair de casa?

Pesq.: Ouvi sim.

Arara: Eu tinha tanto medo de sair de casa, igualzinho a ela. Mas aí eu fui saindo, venho para cá que é perto da casa, na feira... Hoje não tenho mais medo de sair de casa! Só se for para um lugar que eu não conheço ainda.

Arara tem 25 anos e tem uma trajetória entre abrigos e hospitais psiquiátricos. Chegou a frequentar CAPS, mas foi este que o internou no hospital quando teve uma crise e ficou bastante agressivo. No último hospital ficou 10 meses, já estava “de alta”, mas não tinha onde morar, a condição financeira da família é muito precária. Gostava do hospital, tratavam-no bem e ele gostava das atividades, principalmente a pintura e o mosaico. Sentia falta da família pois ninguém nunca foi visitá-lo. Quando lhe disseram que ele ia para uma Residência Terapêutica, achou que era outro hospital. Chorava muito, não queria ir, tentou fugir do hospital, mas não conseguiu. Demorou para ele entender que ali era uma casa, nunca tinha visto televisão e sofá confortável. O início foi difícil, mas com o passar do tempo e com a ajuda dos ACs ele foi se sentindo mais confortável na casa. Tinha muito medo de sair, mas o fato do CAPS ser perto de casa ajudou ele a ir perdendo esse medo aos poucos. Tinha medo de se perder, de não saber voltar para casa sozinho, de lhe fazerem mal na rua. Hoje sai sozinho para os lugares mais próximos da casa e sempre que pode ajuda os outros moradores a circular pelo bairro. Sua maior vontade atualmente é de aprender a ler e perder o medo de andar de ônibus sozinho.

Esta é uma cena que nos remete ao tipo de produção de subjetividade que acontece quando se passa muito tempo da vida sendo guiado pelas regras institucionais, “reproduzindo e multiplicando a lógica somente negativa” (Rotelli, 1990, p. 24).

O medo de sair de casa vem justamente do não poder sair e não conhecer o que há fora dos muros. A cidade é um grande desconhecido que foi aqui desbravada aos poucos, permitindo a Arara ganhar confiança. É também uma reconstrução do seu papel de sujeito

⁵⁶ Para facilitar o entendimento das cenas, proponho mudar o nome dos personagens para codinomes de animais: pássaros para os moradores. Usando como referência Dalmolin (2006) que mudou também o nome dos seus sujeitos de pesquisa para pássaros, para, além de manter o anonimato, imprimir o sentido metafórico da liberdade.

livre a circular pela cidade, e do reingresso ao corpo social, circular para onde a cidade lhe possibilite segurança.

A cena seguinte apresenta um momento de descontração em que um morador diagnostica todos na casa, dizendo que para estar ali tem que ter alguma coisa se não a casa não pode ser “terapêutica”.

Cena: “Fresquenia”

O período da tarde é o mais comunicativo na casa. Depois do almoço alguns vão tirar cochilos, outros ficam assistindo tv ou conversando na cozinha. O momento do lanche, por volta das 15 horas é quando eles vão espontaneamente se aproximando da mesa da cozinha e participando das conversas.

Arara é um dos únicos que não vai dormir depois do almoço. Passa a tarde toda conversando, principalmente com um AC, com quem ele tem um vínculo maior.

Certo dia Arara começa a imitar todos os moradores e ACs. Repete palavras ditas e gestos, muda a entonação para cada pessoa. Depois fornece o diagnóstico sobre quem imitou:

Arara: Pesq. é clássica! AC1 também é clássico. AC2 é perua.

AC3: E eu?

Arara: Você? Você tem “fresquenia”. Todo mundo nessa casa tem que ter alguma coisa, se não ela não é terapêutica.

Pesq.: “Fresquenia”?

Arara: Sim, AC3 sofre de ataque de frescura.

Apresenta-se aqui um sentido construído sobre a Residência e até sobre os diagnósticos. É preciso ter algo para que a casa seja terapêutica, “fresquenia” (uma junção criativa de frescura com esquizofrenia) surge como um diagnóstico que caracteriza aquela pessoa que tem “ataques de frescura”, assim como os ataques psicóticos de um esquizofrênico.

Os anos de tratamento voltados em torno da doença e não do sujeito, fizeram com que aquele sujeito lá nas instituições totais psiquiátricas fosse visto como o esquizofrênico, o depressivo, o bipolar, o alcoólatra etc., mesmo que isso não representasse a totalidade dessa pessoa. Quebrar este processo foi o primeiro objetivo da desinstitucionalização italiana. Trabalhou-se com a “hipótese de que o mal obscuro da Psiquiatria está em haver separado um objeto fictício, a “doença”, da “existência global complexa e concreta dos pacientes e do corpo social.” (Rotelli, 1990, p. 28).

Foram décadas (ainda recentes) com esse pensamento, que nos faz inclusive utilizar a nomenclatura “terapêutica” nas residências. Mesmo entendendo que terapia aqui é “um conjunto complexo, e também cotidiano e elementar, de estratégias indiretas e mediatas que enfrentam o problema em questão através de um percurso crítico sobre os modos de ser do próprio tratamento.” (Rotelli, 1990, p. 29).

A questão do diagnóstico tornar-se a centralidade da vida desses sujeitos também está presente nesta cena. Um dos diagnósticos de Bicudo é “epilepsia crônica” (sic) e devido a esta doença ocorreram alguns episódios de desmaios na rua. Como geralmente ele andava sozinho, os ACs só ficavam sabendo do incidente quando os socorristas ligavam para casa. Por conta disso, Bicudo recebeu orientações médicas para não sair mais sozinho. Há muito tempo nenhum episódio de “desmaio” tinha ocorrido, até este dia da cena:

Cena: “Desmaio” de Bicudo

Estava na varanda com Arara aguardando o horário da consulta para irmos ao CAPS, quando Azulão chegou na RT dizendo “*Bicudo caiu. Pediu para chamar um AC*”.

Quando chegamos no CAPS, os funcionários, com olhares apreensivos, diziam “*Bicudo desmaiou, você soube?!*”. Fomos até a enfermaria e Bicudo estava na maca dormindo. Um funcionário se aproximou e falou “*Que pena esse desmaio, logo agora que ele ia começar a sair sozinho novamente...*”.

Aguardando as consultas fui conversar com o porteiro.

Porteiro: “Foi rápido. Ele estava aqui conversando com a gente depois do lanche, depois começou a dizer que não estava se sentindo bem e pediu para Azulão ir embora. Quando chegaram ali, na altura do orelhão, ainda perto daqui, ele caiu. Aí Azulão ao invés de ajudá-lo, subiu. Então eu fui lá, levantei ele e coloquei na maca.”

Ficamos até todos os moradores serem atendidos pela psiquiatra e Bicudo continuava dormindo. O AC que estava lá comigo então decide voltar para casa e pediu para ligassem para RT quando ele acordasse.

Sai da RT e nada de Bicudo voltar. Fiquei preocupada e decidi ligar no outro dia. Bicudo falou ao telefone:

Bicudo: Eu não desmaiei não! É que as vezes eu perco o equilíbrio. Subindo a ladeira eu desequilibrei e cai, pedi para Azulão avisar aqui ao AC, mas o porteiro me levantou e me colocou na cama lá. Como eu estava com sono, dormi.

Pesq.: Mas por que disseram que você tinha desmaiado?

Bicudo: Não sei... ninguém veio falar comigo, só quando eu acordei que eu expliquei que tinha caído...

A conversa com Bicudo mostrou que ninguém tinha conversado com ele. A queda, consequência de um desequilíbrio, foi logo interpretada como efeito de sua doença, e o tom apreensivo das pessoas que estavam presentes no serviço nos deixaram preocupados também.

Outro detalhe que chama atenção nesta cena é a relação de vínculo que os moradores estabeleceram entre o serviço e os funcionários da RT: mesmo estando mais longe, Bicudo preferiu pedir ajuda a um AC que estava na casa do que alguém do CAPS que estava a metros de distância.

O vínculo é uma ferramenta importante para o trabalho em saúde mental. É uma relação contínua no tempo, pessoal, intransferível e calorosa que se coloca como o elemento do processo de cuidado que a partir do acolhimento organiza o processo de trabalho (Mororó, 2007 *apud* Boccardo, 2011). O desenvolvimento de vínculos fortes e duradouros se coloca como objetivo de toda a equipe que acolhe, escuta e oferece a acessibilidade e um atendimento seguindo os princípios da humanização e cidadania (Franco et al., 1999, *apud* Boccardo, 2011).

Estas duas cenas nos mostram a importância da desconstrução da centralidade da doença para os sujeitos que possuem algum tipo de diagnóstico psiquiátrico, mostra-nos a importância de construir novos sentidos para esta relação doença-produção de vida, principalmente para estes sujeitos que suas vidas estão “cercadas” de funcionários e serviços de saúde que podem tencionar para a extremidade onde o morar na RT seja algo constantemente “terapêutico”.

Como é, por exemplo, o caso do cigarro. Um hábito comum que se adquiri nos hospitais psiquiátrico é fumar. Hábito que se preservou para alguns moradores desta RT. Dentro dos hospitais o cigarro é aceito e em alguns lugares vira inclusive moeda de pagamento para tarefas realizadas dentro do hospital. Mas numa sociedade na qual cada vez mais o fumo é proibido nos ambientes, dentro da casa também vira assunto polêmico.

Cena: Cigarro

O cigarro é uma questão que divide a casa. Aqui apresento algumas falas que aconteceram em momentos diferentes quanto ao consumo do cigarro na Residência:

Fala 1 - AC: O cigarro é um vício que Tangará, Juriti e Sabiá têm. A gente não pode estimular o vício, então se compra cigarro com o dinheiro deles. O problema é que só Tangará recebe o benefício, mas ele tem um coração tão bom que compra pros três. Se a gente deixasse o cigarro do lado de fora do armário, Sabiá mesmo fumaria tudo em 2 minutos. Por isso a gente tranca e só dá depois das refeições.

Fala 2 - AC: Sabiá, vai comer a bolacha. Só dou o cigarro depois que você tomar o café.

Fala 3 - Juriti: Você fuma?

Pesq.: Não.

Juriti: Cigarro (olhando para AC).

AC: Você já fumou Juriti. Agora só depois do jantar.

Juriti sai da cozinha, abre o latão de lixo da casa e pega algumas “bitucas” de cigarro.

AC: Juriti! Não pode pegar coisa do lixo!

J.: Ué?! Não tem cigarro.

Fala 4 - AC: A questão do cigarro é uma controvérsia aqui. A maioria dos ACs não fumam, então eles querem que os moradores parem de fumar, porque faz mal. Eu sei que faz mal, mas é uma decisão minha ser fumante, por isso eu acho que tem que deixar eles decidirem se querem ou não fumar.

Pesq.: Mas me disseram que era porque não podia comprar cigarro com o dinheiro da casa, por isso que é Tangará que compra.

AC: É, a gente não pode colocar o cigarro na prestação de contas. Mas a gente em uma caixinha para essas coisas e que poderia muito bem ser usado para comprar cigarro. Independente de quem compra, eu acho errado colocar no armário trancado e dizer qual é o momento que se pode fumar. Por isso que quando é o meu plantão Sabiá e Juriti ficam no meu pé pedindo cigarro, porque eu fumo lá na garagem e depois divido com eles.

Nessa cena o que se coloca é uma reconstrução do sentido do cigarro mais para os ACs do que para os moradores. Se é uma atividade que lhes dão prazer, a princípio eles estão permitidos de fazê-la. Porém, como mostra principalmente a *Fala 4*, há um certo acordo que o “melhor” é ajudá-los a parar de fumar, por isso existe esse controle disfarçado pelo argumento de que não se pode comprar cigarro com o dinheiro da casa, por isso só Tangará pode comprar, e a princípio, consumir. Porém, até para ele, comprador do cigarro, o uso é controlado. Pode-se fumar depois das refeições, o que em algumas situações o torna uma mercadoria de troca, como nos mostra a *Fala 2*.

São situações como esta que mostram como o limiar entre cuidado e tutela se apresentam. Se existe o cuidado em direção ao controle do uso do cigarro, para evitar excessos, há também o controle para barganhar que Sabiá coma todo o almoço (também com o olhar de cuidado). Por que limitar a um cigarro quando Juriti quer mais um, se isso o leva a procurar os restos dos cigarros no lixo para fumá-los com papel?

Talvez estamos discutindo aqui que nem tudo na casa precisa ser controlado ou terapeuticamente pensado. Não há restrição médica para nenhum dos fumantes, então não há motivo para controle. Eles são também responsáveis pelos seus vícios. Por que proibir se não afeta mais ninguém, só a eles mesmos?

Nessa mesma direção sobre o assunto, um AC me mostrou que leva durante seu plantão fumo e papel de seda, que comprou com o próprio dinheiro. Percebeu-se que Juriti sabia fechar cigarro e quando ele fumava antes de dormir ficava mais tranquilo e dormia a noite inteira. Então quando esse AC está de plantão ele dá o fumo para Juriti, que fecha o dele e o de Sabiá.

Liberdade de escolha em todos os sentidos: fumar ou não fumar, assumir ou não sua orientação sexual. Alguns ACs comentaram que Arara era homossexual, mas que tinha medo e vergonha de assumir, principalmente porque ele mora com mais sete homens e não sabia como eles reagiriam a notícia. Dois ACs em particular, que tinham mais vínculo com ele, começaram a trabalhar com ele esse momento de dizer aos colegas da casa sua orientação.

Cena: Assumi ser homossexual

Chego na RT e descubro que teve assembleia depois do almoço.

Pesq.: Poxa... perdi de novo... Como foi?

Arara: Normal. Falamos dos banhos, das “profissionais do sexo” e eu assumi meu minha escolha de gostar de homem.

AC: Todo mundo já sabia, mas agora ele falou.

Pesq.: E os outros?

AC: Todo mundo já sabia. Só Juriti e Manon que ficam chamando ele de “viado”. Mas isso é algo para a gente trabalhar com eles.

A sexualidade nos sujeitos em sofrimento psíquico são ou estereotipadas ou camufladas “atrás das moitas do complexo hospitalar e nos relacionamentos homoeróticos dentro dos pavilhões” (Scarcelli, 2011, p. 177). Agora, como tudo na vida

desses sujeitos, as possibilidades de se viver o que se deseja são tamanhas e é importante abrir espaço para essas situações sem preconceitos. Como próprio AC disse na cena: o trabalho agora é que isso não vire questões para os demais moradores, principalmente para aqueles que o chamam de “viado”, na direção de se construir um respeito em todos os sentidos para com os colegas, inclusive sobre sua orientação sexual.

Para finalizar a análise quanto a reconstrução dos sentidos e valores para os moradores de uma RT, apresento uma cena que discorre sobre o sentido da liberdade.

Rotelli (1990) conta que o processo de desinstitucionalização em Trieste teve como guia a seguinte frase: “a liberdade é terapêutica”. Todas as atividades, discussões, problematizações são importantes para a Saúde Mental, mas nada supera ao fato de que não há nada mais terapêutico do que a liberdade: “cada ato em liberdade é terapêutico” (p. 46).

É o processo de destituir a doença como experiência, sem negar sua existência, é valorizar os recursos positivos do serviço e da demanda, para além de um sintoma (sobre o qual se constrói a instituição loucura).

Cena: Olhar pelo portão

Um dia Juriti estava sentado no canto da garagem, próximo ao portão. Estava olhando fixamente para algo que acontecia na rua. Quando me aproximei para ver o que era, Sabiá veio junto: eram crianças na rua soltando pipa.

Pesq.: O que os meninos estão fazendo?

Sabiá: Soltando pipa.

Pesq.: Você sabe soltar?

(Sabiá sorri e responde com a cabeça que sim)

Pesq.: E você Juriti?

Juriti: Ué?!

Pesq.: Soltava pipa?

Juriti: Orquídea ... assim né? (fez com as mãos como se solta pipa)

Pesq.: Você soltava?

Juriti: Ué?! Nem sei... Acho que sim

E assim ficamos os três olhando os meninos soltarem pipa pelo portão.

Achei tão bonito e triste ao mesmo tempo porque fiquei com a sensação que eles queriam soltar pipa também, fiquei com muita vontade de pedir a chave para a gente sentar na calçada para ver melhor os meninos. Mas fiquei esperando alguma manifestação deles ou de outra pessoa na casa. Ninguém falou ou sugeriu nada. Então ficamos os três, olhando pelo portão.

Quando falamos em liberdade, não é apenas em estar fora dos hospitais psiquiátricos, mas é a liberdade de poder fazer as coisas mais banais da vida, como por exemplo abrir o portão de casa e ver os meninos soltando pipa.

Esta é uma das grandes contradições de ser serviço/casa: se fica acertado que o portão deve ficar fechado e só os ACs ficam com a chave, esses momentos do espontâneo que estão sempre presentes no nosso cotidiano, ficam a cargo de um AC notar e sugerir abrir o portão, ou alguém ir lá pedir. As sutilezas do cuidado e do terapêutico nesses espaços são muitas.

A reconstrução do sentido de liberdade é diário. Esta cena passa pela conquista de estar naquela casa e poder olhar as pipas (ao contrário de estar atrás dos muros sem nem ao menos lembrar da existência e da beleza de uma pipa no céu), e vai até o não possuir a chave para abrir o portão (ainda – porque dentro desta perspectiva de construção cotidiana desse espaço, pode-se construir o “entregar as chaves aos moradores”)

Importante lembrar que o terapêutico para Rotelli (1990) é dar vazão a dimensão das relações, principalmente entre funcionários e usuários; é utilizar o contexto como instrumento de trabalho; é colocar em análise os elementos instituídos dos serviços; é criticar e remover as regras do funcionamento do serviço; é estar aberto para o bairro e as pessoas; é ter uma relação com o território.

Ao permitir que esta noção atravessasse a RT, dar-se vazão para a invenção de cotidianos que irão reconstruir cada sentido e valor da nossa multiplicidade humana.

4.2. RECONSTRUÇÃO DO TEMPO

As cenas apresentadas agora estão com o olhar sob o vetor *reconstrução do tempo*, que entendemos como usá-lo segundo linhas não institucionais, como ocorria nos hospitais psiquiátricos, onde as atividades diárias eram rigorosamente agendadas, impostas por um sistema de regras formais explícitas; é o tempo em relação ao sujeito e não à instituição (Rotelli, 1990; Saraceno, 2001).

O pátio de hospital psiquiátrico é um lugar profundamente triste, de solidão, de abandono. Pode estar repleto de pacientes, mas o que se ouve são apenas o ruído do arrastar dos passos e os gemidos de angústia. E o que se vê são seres que ocupam um mesmo espaço, mas não se comunicam, não se veem. Corpos estirados no chão, sem

movimento. *O tempo se arrasta, quase se paralisa.* Não fosse o ciclo do dia e da alimentação, nada alteraria o quadro. (Yasui, 2010, p. 157, grifo nosso).

Pretendemos abandonar a noção de marcação do tempo através das atividades serializadas e repetitivas das instituições totais (“hora de acordar”, “hora de almoçar”, “hora de tomar banho”). Abandonar esse tempo quase “atemporal” do hospital psiquiátrico, que se arrasta em direção a um tempo “mortificado”. Construir uma noção que caminhe na dimensão que o sujeito estabelece para si, seja lento ou rápido, no “marasmo” ou na agitação. Mas é o tempo do sujeito, não do lugar onde ele se encontra.

O cotidiano pode ser um tempo linear, capturado pela lógica da acumulação, de gestos repetitivos, determinados pelo fluxo contínuo do modo de produção capitalista que se reproduz na passagem das horas de nossos processos de trabalho (Yasui, 2010). E é nesse paradoxo que o extraordinário, o diferente pode acontecer e se pode construir caminhos de mudanças (Woronowski, 1992). Produzir tempo de criação para afirmar a vida.

A primeira cena que aqui apresentamos nos remete a reflexão sobre as rotinas numa casa/serviço:

Cena: Acordar tarde é um problema?

Combino de acompanhar Arara na oficina de culinária do CAPS. O horário é pela manhã, as 9 horas. Chego uma hora mais cedo e a AC logo me informa que Arara ainda está dormindo e que acha que vai ser difícil acordá-lo. Ela sobe e o chama pela segunda vez, nada.

Pesq.: Tem alguma relação com a medicação?

AC.: Eu acho que não. Ele tem dificuldade de acordar de manhã, na verdade não é dificuldade, ele não gosta. Acorda todo mal humorado, grosso, as vezes nos dá umas patadas...

Pesq.: Se ele tem essa dificuldade, por que todas as atividades dele no CAPS é de manhã e cedo assim?

AC.: Não sei.

Pesq.: Talvez não seria interessante ele fazer as atividades a tarde?

AC: Aí eu não concordo com você! Eu acho que se alguém tem algum problema, alguma dificuldade, você tem que fazer as coisas para melhorar e não para continuar com ela. Se ele tem problema em acordar de manhã, eu acho que ele tem que ir pro CAPS de manhã mesmo, e se pudesse era para ir todos os dias, mas aí é de acordo com o programa deles lá. Não pode parecer que ele é mais importante do que todo mundo. Ele fica chamando atenção para ele, tem dias que ele acorda as 11 horas e atrapalha toda a rotina. Tem o almoço por exemplo que ele faz ou ajuda...

A questão aqui fica entre a vontade do morador e seu “problema” de não conseguir acordar cedo e a rotina coletiva da casa, que envolve horário da medicação e do almoço.

Quanto ao primeiro ponto, é fácil lembrar das atividades diárias impostas pelo hospital psiquiátrico, que funciona em horário comercial, portanto há horários fixos para acordar, tomar banho, tomar a medicação. Numa situação de casa, como uma RT, não o rigor dos horários, mas há uma certa rotina que envolve inclusive as atividades propostas pelo CAPS. Arara não acorda cedo se não tiver compromisso, acorda próximo ao almoço e ajuda os ACs na cozinha. O “problema” está em acordar (de mal humor) para ir as oficinas. Não é também uma situação de não gostar das atividades do CAPS, é o horário que o deixa assim.

A construção de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) com parceria RT e CAPS ajudaria no trabalho de reconstrução desse tempo do morador, inclusive para discutir com o próprio se é uma questão a ser trabalhada ou não. Como a própria definição nos mostra “projeto terapêutico é compreendido como uma estratégia de cuidado organizada por meio de ações articuladas desenvolvidas por uma equipe multidisciplinar e definida a partir da singularidade do indivíduo, considerando suas necessidades e o contexto social em que está inserido.” (Boccardo *et al*, 2011, p. 87).

O segundo ponto também está envolvido com a construção de um PTS, quanto a responsabilização ao horário da sua medicação e quanto ao almoço da casa. Novamente, são questões que podem ser articuladas juntamente com o morador e se de fato acordar tarde seja um prazer, que os horários das atividades no CAPS sejam modificados, assim não viraria um problema de relação com os ACs.

A cena a seguir nos mostra como as rotinas de uma casa impregnam na noção temporal do morador e como também o cuidador pode “fornecer seu tempo” para o desejo do outro.

Cena: Andarilho de cadarços

Sabiá é um andarilho nato, mas tem uma peculiaridade: ele tem medo da rua, não sai sozinho. “*Se você deixar o portão aberto Sabiá não foge*”. Passa o dia inteiro

andando pela casa, sobe e desce as escadas, só senta para comer, até dormindo é inquieto (fala a noite toda). Morou 15 anos num hospital psiquiátrico.

Saí com ele algumas vezes para ir ao CAPS ou quando alguém ia resolver algo e levava ele junto. Acho que ele percebeu que comigo havia mais possibilidade de sair de casa. “*Nós vamos passear hoje?*” ele sempre me pergunta quando eu chego, ou então ele já diz “*Sabiá já passeou hoje, AC já levou Sabiá para passear hoje*”.

Um dia eu chego e ele logo me aborda “*vamos passear hoje? Ninguém quis levar eu, vamos passear?*”. Vamos!

Deixo ele escolher o caminho, presto muita atenção na trajetória porque não conheço muito bem o bairro. Subimos a rua inteira até a parada do ônibus. Era difícil estabelecer um diálogo, mas “conversamos” muito: “*Sabiá tem medo de andar sozinho*”, “*segura eu, eu vou cair*”, “*olha o carro, pega na minha mão*”, “*olha o ônibus, hoje não é para sair de ônibus, só caminhando hoje*”, “*você tem cigarro? Você não fuma né?*”.

Num dado momento começamos a voltar e os pedidos de cigarro aumentam “*eu quero fumar. Você não tem cigarro né. Só pode fumar depois do lanche.*” Isso foi dito várias vezes até que num instante ele fala “*temos que voltar, está na hora do lanche e se comer o lanche Sabiá pode fumar*”. Olho no relógio: 15:00 em ponto, realmente está na hora do lanche.

A construção dessa relação com o tempo associada ao lanche e ao cigarro nos chama atenção. Noção do tempo como sucessões de momentos presentes, no qual temos experiências múltiplas e fragmentadas (Yasui, 2010).

Como trabalhadores de saúde mental, precisamos ouvir o ritmo de cada um, como Pelbart (1993) pontuou: “a loucura (...) é a recusa de determinado regime de temporalidade, o protesto em forma de colapso frente ao império da velocidade, e a reivindicação de um outro tempo” (p. 39). O tempo ganha importância nas dimensões do cuidado, na discussão dos PTS e nas negociações que esse trabalho envolve.

Pelbart (1993) também coloca a dificuldade de lidar com essa noção do tempo diferente da nossa, pois para ele não temos nem o tempo nem a paciência para sustentá-lo, pois “somos amantes das formas, das ordens, dos projetos, do futuro já embutido no presente” (p. 35-36). O desafio seria proporcionar as condições para um tempo não controlável, não programável, que possa trazer a tona os acontecimentos espontâneos, e não neutralizá-los. Respeitar a heterogeneidade temporal e fomentá-la através da criação de diferentes temporalidades grupais (*idem*).

4.3. RECONSTRUÇÃO DA RESPONSABILIZAÇÃO

As cenas a seguir apresentam uma análise quanto ao vetor *reconstrução da responsabilização*, que entendemos como tornar pacientes em atores sociais, promover a *participação*, modificar as regras do jogo, de maneira que desse participassem “fracos e fortes”, em trocas permanentes de competências e interesses. É uma emancipação quanto ao dinheiro, sentimentos, vontades, participação nas decisões, nas opiniões e nas escolhas (Rotelli, 1990; Saraceno, 2001).

Nicácio afirma que os serviços de saúde mental devem ser

um lugar no qual cotidianamente se realizam novas formas para reconstruir a complexidade dos sujeitos e de seu poder social, acolher o sofrimento, reapropriação de história e vínculos com o mundo, ruptura de códigos, conquista de autonomia, laboratório de linguagem, afetos, emoções, mensagens, poderes, produção de sentido. (Nicácio, 1994, p. 91).

Com esta visão que podemos produzir ações que buscam intervir no poder contratual do paciente nos distintos espaços e nas relações da vida dos moradores, aumentando a positivamente o poder de participação nos processos de trocas sociais (Yasui, 2010). É um processo de reconstrução, um exercício pleno da cidadania nos três grandes cenários: habitat, rede social e trabalho como valor social (Saraceno, 2001).

Na organização desta casa/serviço, algumas atividades são realizadas para trabalhar essa contratualidade entre os funcionários, moradores, funcionários e moradores. As reuniões (técnicas e assembleias) são espaços que possibilitam a circularização das falas, abrindo espaço para discussões sobre as questões mais diversas. Nesta RT há duas reuniões: dos funcionários e a assembleia dos moradores.

A primeira é o espaço onde os ACs discutem questões administrativas e terapêuticas dos moradores, mas é vedada a participação dos moradores nesta reunião. É nesse contexto que duas cenas são apresentadas:

Cena: Quero participar – vocês estão falando de mim

Arara estava “descompensado”. Desde que cheguei ele está no quarto fazendo um misto de choro com grito. “É melhor ninguém se aproximar” diz um AC, “Ele faz isso para chamar atenção” diz outro.

Estava conversando com Bicudo no sofá e as vezes tínhamos que parar porque os gritos/choros eram tão altos que a gente não se escutava. Era de manhã e por

conta desse acontecimento, os moradores que normalmente passam a manhã dormindo começaram a descer e ficar no sofá com a gente.

O choro/grito aumenta muito e um AC vem conversar comigo.

AC: Ontem teve reunião de equipe dos ACs e toda vez que tem reunião ele acorda assim.

Pesq.: Então algo acontece nas reuniões e ele fica assim?

AC: Ele fica ouvindo a reunião do quarto de cima e quando começamos a falar dele ele quer interferir, fica interrompendo, fica querendo participar de alguma forma. O que ele não entende é que aquele é o nosso espaço para falar das questões da casa.

Pesq.: Mas vocês depois conversam com ele?

AC: Não, o espaço para eles participarem é a Assembleia deles, não nossa reunião. Ele atrapalha muito. Não temos um outro espaço para conversar a não ser esse aberto.

Pesq.: E quando acontece a assembleia? Ele participa.

AC: Participa. Mas é que ela não acontece regularmente, então essas coisas que ele quer falar se perdem.

O AC resolve então ligar para o CAPS e falar com a referência técnica do morador. A instrução foi deixá-lo extravasar e se ele piorasse, era para levá-lo para lá.

Ao fim da manhã ele estava melhor. Não queria conversar com ninguém, mas já estava no andar de baixo sentado na mesa da cozinha de cabeça baixa.

Cena: “Atas” das reuniões

As reuniões dos ACs ou as assembleias são “eventos” na casa. Principalmente para Arara que participa mesmo quando não é chamado. Um dia ele relatava as reuniões: reproduzindo as falas e imitando as pessoas que as diziam.

Arara: “não quero que vocês façam um complô contra mim” / “eu não gosto mesmo de você” / “O Arara é manipulador, ele centraliza a atenção com os acompanhantes e não deixa cuidar dos outros moradores” / “vocês querem uma profissional do sexo?”

AC: Desse jeito a gente nem vai precisar mais fazer as atas das reuniões, é só perguntar para você, né?

São cenas que demonstram a importância desses espaços onde a fala do morador é valorizada. A questão é a irregularidade dessa atividade que fica a cargo da presença de uma pessoa que coordene, não há um acordo quanto ao dia e horário dessa reunião. Também mostra a importância de um espaço onde todos participem, para que as trocas sejam múltiplas, inclusive para se “discutir o caso” do morador com ele. Aí se possibilita que os PTSs sejam pensados, discutidos e acordados com o sujeito, permitindo a responsabilização do mesmo quanto ao seu cuidado.

O PTI [ou PTS] é, ao mesmo tempo, particular, referido a uma subjetividade específica, mas não é um projeto solitário, isolado, pois se articula, na multiplicidade de suas ações a outros projetos, com outras subjetividades, com propostas de produção de encontros em diversos espaços com diversos cuidadores. Apenas o diverso e o múltiplo para “dar conta” da complexidade do singular que se apresenta na demanda daqueles que buscam os serviços de saúde mental. (Yasui, 2010, p. 148).

A próxima cena também tem o PTS como pano de fundo, pois nele poderia ser articulado com o morador a questão do trabalho, que também está relacionado a reconstrução da responsabilização.

O processo de reabilitação proposto em Triste (na Itália) tinha como objetivo também a emancipação e promoção a autonomia pessoal, ou seja, através da reconstrução de história de vida, procura-se recuperar ou criar vínculos e condições materiais, sociais e emocionais para que fosse possível romper a lógica da reprodução das relações de dependência. Garantir os direitos essenciais como moradia, liberdade e trabalho (Barros, 1994).

Esta cena que apresentaremos abaixo foi um momento em que Bicudo verbalizou que desejava voltar a trabalhar, mas queria autorização para voltar a fazer “bico”, porque ele acabara de receber o benefício do LOAS.

Cena: Vontade de trabalhar

Bicudo sentou do meu lado e começou a falar:

Bicudo: Eu estava pensando em voltar a fazer bico...

Pesq.: Fazer que tipo de bico?

Bicudo: No lava jato.

Pesq.: Esse aqui perto da casa?

Bicudo: Não, onde eu trabalhava antes. Eu recebo o benefício, me disseram que eu não posso trabalhar, mas queria fazer bico. Eu acho que bico eu posso.

Pesq.: Você não quer fazer bico pelo dinheiro?

Bicudo: Não... Mas eu tenho que pedir autorização. AC1 falou que se eu achar um lugar para trabalhar, tudo bem. Mas eu acho que o AC2 do jeito que é não vai deixar. Eu ainda tenho que pedir autorização a coordenadora...

O último citado por Bicudo é o responsável pela prestação das contas deles.

O dinheiro é um elemento importante para impulsionar os projetos de moradias, pois permite que os ACs saiam de uma ação exclusivamente assistencial em saúde, já que a liberação do benefício do LOAS só acontece via documentos (o que fez com que alguns ACs fossem atrás das histórias de vida de alguns moradores para recuperá-los). Por outro

lado, também os moradores passaram a ter como planos a aquisição de bens, quando cidadania e consumo misturam-se na produção de subjetividade.

Mas o recebimento do LOAS (e como ele é significado) revela as contradições que se colocam nesse âmbito. É obtido através do reconhecimento público de uma “deficiência” e o proporcionará uma aposentadoria, que significa também que o trabalho (a princípio) não faz mais parte a trajetória futura do sujeito. Scarcelli (2011) pontua que a vontade de estar empregado oficialmente pouco foi manifestado como desejo, para alguns ex-pacientes/moradores dos hospitais “o emprego conseguido após a internação foi deixado, com a justificativa de que muito se trabalhou dentro do hospital e que agora é o momento de se ter uma vida tranquila, sossegada, própria de um aposentado” (p. 176).

Mas e na situação em que o morador da RT que possui o benefício deseja o trabalho? Bicudo trabalhava num lava a jato antes de ir para RT, na casa fazia cadeirinhas com pregadores de madeiras para ganhar um “trocado” antes de receber o benefício. O desejo de trabalhar e de voltar a estudar foi expresso várias vezes, mas esbarra numa certa “burocracia administrativa” que revela o próprio paradoxo de ser casa/serviço: precisa-se pedir autorização para quem presta contas do seu dinheiro e para quem coordena a Residência. Como na própria fala de Bicudo demonstrou, há uma divergência de opiniões quanto a esse trabalho: alguns concordam e outros acreditam que seja “*para ele voltar a frequentar as “bandas” de lá, como antes*” (fala de um AC).

4.4. REINGRESSO AO CORPO SOCIAL

Nosso último vetor de subjetivação é o *reingresso ao corpo social*, que entendemos como a participação dos moradores como atores sociais no âmbito da comunidade, o que Saraceno (2001) chama de abertura dos espaços de relação e abertura dos espaços de negociação.

Pitta (1996) fala em negociações entre as “necessidades” dos pacientes e as “oportunidades/recursos” do contexto, que ocorrem, mais sistematicamente em três situações na reabilitação:

1) *optimun stimulation*: que é o balanço entre a falta de estimulação (como o que acontece nos hospitais tradicionais) e a super estimulação quando se exige dos pacientes

uma sobrecarga de estímulos e cobrança de performances por parte dos profissionais reabilitadores; 2) *impedimento específico*: que são todos aqueles obstáculos que existem antes da doença se instalar ou mesmo se potencializam na decorrência dos tratamentos; e ainda, 3) as *expectativas dos trabalhadores de Saúde Mental* com os resultados de suas intervenções reabilitantes muitas vezes mais ajustadas às suas profecias e verdades que às modestas aspirações dos seus pacientes. (p. 22).

Como já foi dito acima, o benefício financeiro (LOAS ou PVC) é um tema paradoxal dentro da Saúde Mental. Ao mesmo tempo que é uma conquista para os sujeitos que tiveram anos de sua vida enclausurados em instituições asilares e agora podem retomar aspectos da nossa sociedade (incluindo o consumo), também limita esse sujeito quanto aos seus desejos de voltar ao mercado de trabalho, ou de casar (Scarcelli, 2001).

Esta cena mostra um outro lado, como o fato de não ter documentação, logo também não ter o benefício, é também um vetor de subjetivação.

Cena: “Juriti sabe assinar!”

Um dia levei o Termo de Livre Consentimento para os moradores assinarem. Como havia combinado com eles, no início da pesquisa eu entreguei uma cópia, pois possuía meus dados e a proposta da pesquisa, e depois eu ia pedir para eles assinarem, autorizando o uso das nossas experiências vividas até então para a pesquisa.

Ao poucos cada um foi assinando, até que chegou a vez de Juriti.

Pesq.: Juriti, você sabe assinar seu nome?

AC: Ele não tem documento, eu acho que não.

Pesq.: Eu acho que sim, porque ele sabe ler.

Juriti pega a caneta e fala seu nome completo em tom de pergunta.

Pesq.: É.

Juriti assina seu nome completo com uma letra bem legível.

AC: Nossa!! Juriti sabe assinar!! Como ele nunca precisou assinar nada porque ele não tem documento, a gente nunca viu a letra dele. Olha como é redondinha!

Juriti tem uma forma diferente de se comunicar com os outros, a princípio parece impossível estabelecer um diálogo ou se fazer entender para ele. Mas na verdade é apenas uma forma não convencional de conversa, o tempo e a convivência nos mostrou como é possível ter uma relação com ele, levando em conta suas “coisas” importantes:

Cena: “pegou a coisa para ficar coisando assim na coisa”

Um dia Juriti sentou do meu lado e começou a conversar, da forma dele, meio sem entender direito as perguntas que a gente faz. As vezes acho até que ele não escuta direito, por exemplo, quando perguntou meu nome eu repeti várias vezes e ele não conseguia entender, repetia “*dente*” “*deite*” “*ué, como é o nome dela?*”. O bom foi que ele “conversou” muito comigo, entre aspas porque para quem vê de fora acha que ele não está falando “coisa com coisa”, apenas palavras soltas. Falou de muitas coisas: do relógio que roubaram enquanto ele estava na rua, um tal de Paulo que dava para entender que era pedreiro e que Juriti pintava com ele, falou da polícia que não deixava fumar, mas ai jogavam no chão e ele pegava as “bitucas” para fumar, pegava alumínio e dava para a igreja e recebia comida em troca, que tinha ido ao dentista com um dos ACs. Mas na verdade foi assim:

Juriti: lá (aponta para rua), *pegou* (segura o braço no punho), *que ele me deu* (aponta para Tangará).

Pesq.: Quem pegou?

Juriti: Ué... não sei, você também não tem! Foi o Paulo.

Pesq.: Paulo?

Juriti: Paulo? (risos) *Paulo faz isso* (topa na parede da sala) *e isso* (imita como se tivesse pintando a parede).

Pesq.: E você?

Juriti: J.A. (fala o nome e sobrenome e pega um papel do bolso que tem seus dados e aponta para o nome) *Você fuma?*

Pesq.: Eu não.

Juriti: Ué... todo mundo morre. Sueli, na terra. Você tem cigarro?

Pesq.: Não.

Juriti: Não pode. Ele não deixa (aponta para um AC que estava na sala). *Polícia diz não, no chão pega assim* (mostra com os dedos o tamanho do cigarro – “bituca”) *e assim* (finge que está fumando). *Não pode. Ele fuma* (aponta para um morador).

Pesq.: Juriti, o que você fazia na rua?

Juriti: Não pode. O alumínio (faz um gesto com as mãos que lembra uma latinha) *no chão, igreja, pinga não, ai dá* (abre a mão como se indicasse o número 5).

Pesq.: 5 reais?

J.: Não tem... (tira do bolso uma caixa de fosforo com 50 centavos) *100 real?*

Pesq.: São 50 centavos...

Juriti: (risos) *ué* (risos) *você fuma?*

Pesq.: Não.

Juriti: (risos) *todo mundo vai morrer* (risos)

Pesq.: E a igreja?

Juriti: Dá (faz gesto de comer com as mãos).

Pesq.: Você vai na igreja?

Juriti: Foi ele (aponta para o AC), *hospital, aqui e aqui* (aponta para a sobranalha e para o cotovelo machucado – esse AC foi o que o encontrou no hospital quando ele sumiu).

Pesq.: Ele?

Juriti: No dente (mostra o dente).

Este AC que estava na sala percebeu que Juriti estava contando as coisas para mim e ele complementou dizendo que essa fala do Juriti é sobre os lugares que ele estava quando estava desaparecido. Quando ligaram dizendo que achavam que era ele, foi este AC que foi ao hospital e o encontrou muito magro e machucado, fora espancado na rua. Uma AC acha que depois da rua ele voltou bem mais esperto, falando mais coisas, coisas diferentes.

Esta cena nos mostra como o estímulo das relações é importante para os moradores com um maior grau de comprometimento devido ao longo período de internação ou por consequências da própria doença. O cuidado baseado na presença e na escuta possibilita a reconstrução de histórias de vida, mesmo aquelas que parecem incompreensíveis. Como Yasui (2010) pontua: “o ato de cuidar será sempre uma busca em produzir bons encontros. (...) São os afetos alegres que produzem os bons encontros, que produzem potencialidade, que produzem vida.” (p. 123).

Esta minha pré-disposição em ouvi-los, em dar atenção às suas histórias, criou um certo vínculo de escuta com os moradores, como por exemplo Juriti, dito como aquele com quem é de difícil diálogo porque ele tem dificuldade de compreensão, mas que me proporcionou uma das cenas mais marcantes da pesquisa.

Cena: “foi o moço que você conversou”

Assim que cheguei na RT, Juriti veio logo me recebendo “*Demorou para vim*”. E ele me mostrou o olho e a mão machucada e me disse que “*foi o moço que você conversou*” e apontou para sala.

Juriti e Bicudo brigaram na véspera da minha visita. Segundo relatos de vários moradores Juriti foi no banheiro de Bicudo, que estava deitado. Juriti perguntou se poderia ir no banheiro e Bicudo falou “*pode, mas não faz xixi no chão*”, o Juriti se irritou e foi dar um murro nele, errou o rosto e atingiu a cama, fazendo um corte na mão. Bicudo falou que J. tentou enforcar ele (cena presenciada por outro morador Manon “*ele ficou engasgando o W.*”). Resultado que Bicudo deu um soco no olho de Juriti, que está com um roxo gigantesco embaixo do olho.

Mas o que chama atenção desse fato é que Juriti tem muita dificuldade de contar histórias, porque a memória é meio perdida, são desconexas... Mas ele me contou tudo (do jeito dele), o que inclusive impressionou um dos ACs, pois eles ficaram sabendo da briga pelo livro de ata e o Juriti estava calado até eu chegar:

Juriti: “Foi no banheiro, tem três (aponta para cima) e um (aponta para cozinha), mas não pode, é a mulher. Lá assim (imita tentando abrir a porta, mas não consegue porque está fechada), foi no dele (aponta para Bicudo) e ele tava(faz gesto com as mãos que indicam dormir). Bateu assim (gesticula um soco e mostra a mão machucada). Aí ele (aponta para o olho roxo).

Pesq.: Mas pode bater nas pessoas?

Bicudo: Se bate em você, você bate!

Eu fui perguntar para os acompanhantes se iam fazer alguma coisa por conta da briga e eles me respondem que está marcado uma reunião para daqui há 10 dias. Alguns ACs não concordaram com esse espaço de tempo entre a briga e a reunião, porque poderia se aproveitar que Juriti estava falando para realmente acontecer uma reunião sobre o assunto; mas essa era a única possibilidade de data da coordenação (que envolve o número de horas pela qual a coordenação foi contratada).

Bicudo não demonstrava estar com raiva ou chateado com Juriti, a preocupação dele era a reunião que poderia decidir a sua permanência na RT. Ele insistia muito na sua defesa, porque a sua preocupação era se iam decidir expulsar ele da casa ou não, por causa da briga. Um AC comentou que apesar da briga ter acontecido, percebe-se uma melhora na agressividade de Bicudo, pois sua última briga na casa foi há 6 meses atrás.

As relações que se estabelecem, nesses espaços como uma RT, são produzidas pelo agenciamento dos afetos, pela negociação dos interesses divergentes, pela pactuação de cuidado, é um encontro que emerge atravessando a subjetividade do morador e a do trabalhador (ou a da pesquisadora em questão), que utilizam suas “caixas de ferramentas”⁵⁷ para auxiliar a criação e manutenção desse vínculo (Yasui, 2010).

É quase inevitável falar em inserção social e não falar em dinheiro e no seu valor para nossa sociedade. “Cidadania e consumo se misturam na produção de subjetividade” (Scarcelli, 2006, p. 77). A inclusão no mundo do consumo é intrínseca ao modo de vida da nossa sociedade contemporânea. Como efeito a ligação com a comunidade parece possível pela via de acesso ao mundo do consumo, possibilitando a circularização pela cidade (*idem*).

Há, porém, outro segmento populacional que acabou lucrando com esse movimento de saída do hospício para cidade. Pudemos perceber certo “acolhimento” por parte dos comerciantes das cidades (...) pois o grande número de indivíduos, até então enclausurados, apresentam-se a partir de então como consumidores, aquecendo, em alguns lugares, o mercado local. (Scarcelli, 2011, p. 140).

Para esta discussão apresento a seguinte cena:

⁵⁷ Conjunto de saberes de que se dispõe para a ação de produção dos atos de saúde (Merhy, 2002 *apud* Yasui, 2010).

Cena: O Supermercado

Um senhor com “tique” na boca empurra um carrinho no supermercado, procura massa pronta de fazer bolo. Sua cuidadora diz que ele não falava nada, até que um dia eles estavam escolhendo a massa de bolo e ele falou “*vamos levar esse aqui*”. Não, não é uma cena desta RT, é do documentário Ruínas da Loucura (de Mirela Krueel e Karine Emirich, 2009).

A relação com o supermercado é assim: o carro da ONG gestora chega, o AC grita: “*acorda povo, vem ajudar a tirar as compras do carro e colocar no armário*”. Todos descem. Cada um vai pegando o que pode. Os mais altos colocam as mercadorias na última prateleira, outro coloca na geladeira, outro recolhe as sacolas e vai colocado na churrasqueira⁵⁸ e outro vai colocando os sacos já abertos nos potes.

A compra do mês está feita e arrumada.

Como foi colocado acima, uma das ligações comunicativas entre a RT e a comunidade são os meios de consumo e o supermercado é um dos lugares que os moradores podem circular para resignificar sua relação com o dinheiro, com as compras coletivas e com os desejos individuais de consumo.

A participação dos moradores nas compras do supermercado é na organização das compras e na solicitação de alguns produtos. Eles não participam da compra em si porque (segundo um AC) as compras são longas e é uma questão de agilidade a não presença deles. Porém eles participam de compras menores como as frutas e verduras da feira livre que acontece todas as quintas e quando falta algo, há um mercado próximo. Mas essa relação com as compras coletivas acontece mais com um morador: Tangará sabe ler e fazer contas, então ele sabe negociar sem a presença dos ACs. Ele é quem vai à feira ou ao mercado próximo e, quando precisa, ajuda algum morador.

Quando algum morador precisa comprar algo pessoal, geralmente o AC que é responsável pela sua prestação de contas vai junto para auxiliar. Mas há uma preocupação de não permitir que a compra só seja efetuada pela sua presença, o AC está ali para acompanhar, auxiliar no transporte e, quando preciso, confirmar os dados do morador.

Outro ambiente que os moradores circulam, esse com mais frequência é o CAPS próximo a Residência. O CAPS é o principal instrumento de implementação da Política Nacional de Saúde Mental e deve ser entendido como uma estratégia de transformação da assistência e na organização da rede de cuidados em saúde mental (Yasui, 2010).

⁵⁸ Churrasqueira de tijolo que não é utilizada para esse fim, mas sim para guardar coisas de limpeza de todo dia e sacolas de plástico.

É uma mudança que sai de uma assistência manicomial, com poucas (ou zero) trocas sociais, a um espaço público como locus terapêutico, de intervenção, de montagens e instalações permanentes (Yasui, 2010). Nesse espaço a relação com a comunidade em seu entorno existe e é estimulada. A cena seguinte mostra um momento em que o serviço abre (mais) as portas para uma confraternização junina.

Cena: CAPS em festa

Quando se pergunta aos moradores o que eles acham do CAPS não há consenso: alguns gostam, outros vão obrigados, outros só aparecem para consulta com psiquiatra e para pegar a medicação. Cada um terá seu motivo para tal relação. Mas quando o serviço está em festa... é diferente.

É diferente mesmo: os ambientes estão cheio de pessoas: crianças, funcionários, parentes de funcionários, vizinhos, usuários e seus familiares. As bebidas servidas (quentão, sucos) foram feitas pelos usuários e as brincadeiras organizadas pelas crianças que estavam lá. Muita música e dança. Doces e adereços de São João, com direito a quadrilha e tudo.

Todos os moradores foram, inclusive aqueles que reclamam até da ladeira que tem que atravessar para chegar ao serviço.

Porque o serviço está com outra energia, com outro sentido. E simplesmente porque é divertido!

Esse foi um momento muito bom que pude vivenciar com os moradores e todos que estavam no CAPS, porque algumas experiências prévias (que apresentarei a seguir) proporcionaram reflexões importantes que envolvem esta relação entre o serviço de saúde que está dentro e fora da RT. Porque a ideia é que este espaço ajude a Residência nos seus projetos, na medida entre assistir a casa e não interferir nas suas ações com os moradores.

Neste contexto da pesquisa, a coordenação desta RT é também funcionária do CAPS, esta foi uma forma de manter os dois serviços numa relação mais estreita. Mas, pela minha vivência e por alguns depoimentos dos ACs, esta relação é estabelecida apenas com os moradores e quando necessário entre um funcionário e outro.

Enquanto estava acompanhado os moradores nas suas atividades cotidianas, tive a oportunidade de participar de algumas oficinas, grupos e consultas no CAPS, local onde aconteceram as duas cenas que apresentaremos:

Cena: Pesquisadora “polícia”

Sabiá é o andarilho da casa: vai da garagem para a cozinha, sobe e desce as escadas, adora passear. Alguns ACs já tinham falado que o pessoal do CAPS não gosta muito quando ele vai, porque ele não fica parado para fazer nada lá, inclusive alguns estavam curiosos para saber como era que Sabiá agia na oficina que eu ia acompanhá-lo.

Chegamos no serviço e logo Sabiá vai se aproximando das pessoas que estão fumando e pede cigarro. O tempo que não estava fumando, estava andando pelo serviço. Eu sentei no banco, na frente e fiquei esperando a técnica chegar para pedir autorização para observar Sabiá na oficina.

Oficina de tapeçaria. Já me soava estranho: Sabiá que não para quieto fazendo tapete?

Autorizada minha entrada, eu e Sabiá entramos na sala (grande com duas mesas cumpridas, que cabem umas 10 pessoas cada).

Técnica: “Sabiá senta aqui do meu lado para você fazer comigo. Ela vai ficar lá sentada na outra mesa”.

Sabiá olhava para mim e abria o sorriso, dava tchau e apontava para mim.

A técnica então prepara a tela para Sabiá, escolhe a agulha e a linha, começa a ensiná-lo a encaixar a agulha do quadrado e puxar a linha (de um jeito específico – para fazer o ponto). Mas Sabiá nem olhava para a explicação dela. Ela faz então os dois primeiros pontos e entrega para Sabiá, ele olha para a tela, olha para mim, olha para tela e puxa a linha, olha para técnica e ela responde:

Técnica: “Não Sabiá!!! Não foi assim que ensinei!! Deixa eu desfazer para você começar de novo.

E esse ciclo de ações: coloca a linha, mostra para Sabiá, ele pega a tela, coloca a agulha “de qualquer jeito”, olha pra mim, olha para técnica, ela pega a tela, repreende, desfaz e começa novamente – foi se repetindo ao longo dos primeiros 30 minutos. Sabiá nitidamente não conseguia mais ficar sentado, começa a andar pela sala.

Técnica: “Sabiá vem sentar! Vem fazer seu tapete!”

Ele senta e o ciclo volta a acontecer. Em um dado momento escuto a seguinte frase:

Técnica: “Sabiá você tem que ficar sentado e fazer, ela está lhe olhando, ela está lhe policiando para ver se você faz direitinho!”

Opa! Em qual momento da minha presença virei polícia? Será que fiz algo? Falei algo? Olhei diferente? Como assim “policiando”? Que incomodo fiquei. Será que a minha postura (logo, metodologia) de ficar observando é também estar policiando?

Completamente desconcertada fico na sala até Sabiá ir em direção a porta e me chamar para ir embora. Acompanhei-o, observando (ou policiando) seus passos e sua relação com as pessoas que ficavam na frente do serviço.

E esta foi a permanência mais longa de Sabiá nesta oficina, 30 minutos – provavelmente porque eu estava lá...

Oficinas são atividades de socialização, expressão e inserção social realizadas principalmente em serviços de saúde mental. São espaços onde há encontros de vidas, promovendo o exercício de cidadania, liberdade de expressão e convivência com os diferentes. A sua importância dentro de um serviço psicossocial é muito grande, principalmente porque possibilita o agir e inserir socialmente os sujeitos segregados e ociosos, através de atividades artísticas, artesanais ou dando acesso aos meios de comunicação (Rauter, 2000).

A participação nestas oficinas é um misto de desejo e negociação com o usuário, a oficina precisa fazer sentido para ele e, de preferência, que ela faça parte do seu PTS. O que nos volta a reflexão provocada pela cena: em que contexto do projeto de Sabiá, fazer tapete numa sala fechada faz sentido para o seu projeto? Como abordar e oferecer atividades para usuários como Sabiá, que não “vinculam” com as atividades do serviço, mas que gostam de circular nele?

Para todos envolvidos na cena acima, a participação de Sabiá nesta oficina de tapetes é apenas “burocrática”, cumpre uma exigência quanto a sua frequência ao serviço. Mas a sua ida não, ela cheia de significados: é momento de saída da casa para passear, caminhar, pedir cigarro para os colegas do serviço e circular pelo ambiente.

PTS é um instrumento potente de trabalho, poderia ser trabalhado como todos os envolvidos com o cuidado de Sabiá. Por que tapetes e não caminhadas? As oficinas, o trabalho e a arte funcionam “como catalisadores da construção de territórios existenciais ou de “mundos” nos quais os usuários possam reconquistar ou conquistar seu cotidiano (...) está se falando não de adaptação à ordem estabelecida, mas de fazer com que trabalho e arte se reconectem com o primado da criação, ou com o desejo ou com o plano de produção de vida” (Rauter, 2000, p. 271).

O ato de cuidar na saúde mental é um processo de redescobrir a dimensão do cotidiano como produção criativa da vida, produzir uma nova temporalidade, resgatar a relação com o passado e o futuro e potencializar a vontade de fazer história (Yasui, 2010). Ou seja, ocupar-se com o aqui e agora, fazer com que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do sujeito, e ao mesmo tempo, ajude-o a transformar sua vida concreta e cotidiana (Rotelli, 1990).

Cuidar da saúde de alguém é mais que construir um objeto e intervir sobre ele, é constituir uma relação afetiva. Deixa de dizer apenas à doença e passa a dizer respeito também ao sujeito que sofre e ao seu modo de sofrer que constrói sua relação com o social. As ações de cuidado passam a acontecer onde o sujeito vive (Leal e Delgado, 2007). O cuidado está atravessado de vários vetores subjetivos de quem cuida, de quem é cuidado e os valores morais que circunscreve este contexto. Por exemplo a infantilização do louco, como aquele que, por ser desprovido de razão, não pode decidir por si, ou que não sabe o que é certo e errado.

Existe uma linha tênue entre cuidado e tutela, justamente por envolver uma relação afetiva. Nesta relação, pode-se criar uma “hierarquia paternal” em que o cuidador encontra-se na posição de saber o que é “melhor para o paciente”, ou não permitindo que este sujeito seja, pense, comporte-se de forma diferente a normalidade estabelecida pelos padrões da sociedade.

Um ambiente como CAPS, assim como uma RT, é o local privilegiado onde os sujeitos que ali frequentam estão “permitidos socialmente” a serem diferentes o quanto quiserem.

A cena seguinte mostrará como uma atividade lúdica, simples, pode sutilmente pendular entre cuidado e normalização.

Cena: Não há espaço para diferente (?)

Estou com Bentivi e vou acompanhá-lo no “Grupo da Caminhada” do CAPS, para mim ótima oportunidade de ver quais são os espaços do bairro que o morador circula, pois ele está sempre na casa e geralmente dormindo.

Chegamos no serviço e, como era véspera da festa junina, a técnica que coordena o grupo decide não fazer a caminhada para ensaiar músicas para apresentá-las na festa.

Abre-se uma grande roda e ela começa a ensinar a letra da música: *Bom dia começa com alegria, bom dia começa com amor. O Sol a brilhar, os pássaros a voar. Bom Dia! Bom Dia! Bom Dia!* – tarefa fácil!

Letra memorizada, tem agora a coreografia. Bater palmas, fazer o Sol brilhando com os braços, voar como pássaros e dar tchau como gesto de cumprimento ao “Bom Dia”. Fácil? Depende... Cada “passo” tinha uma especificidade (ou um jeito “certo” de fazer) que tornava a coreografia muito difícil!

Bentivi adora esses momentos de dança e música. Fiquei de frente pra ele e via no seu rosto o quanto ele estava se divertindo na roda. Mas ele era repreendido toda hora: não estava batendo palma na direção certa, do jeito “certo”. E a cada

repreensão eu pensava “*Mas ele está batendo palma!*”. Estava, porém ali não havia espaço para palmas “diferentes”...

Não é exatamente a situação de repetir estruturas asilares, mas nos aponta para a importância da reflexão das nossas práticas enquanto trabalhadores do serviços de saúde mental.

O desafio atual talvez seja mais bem compreendido se nos ocuparmos em conhecer e descrever a clínica, o cuidado desenvolvido ali e o “espaço” onde os pacientes adotam modos de vida que, olhados com uma lente de pouca acuidade, parece alienado, pobre e vazio. Este “lugar”, que se realiza sempre no tempo presente, é o que chamamos aqui de cotidiano e será a categoria que, articulada à idéia de clínica, utilizaremos para refletir sobre o dia-a-dia dos serviços. (Leal e Delgado, 2007, p. 141-142).

São situações que merecem nossa reflexão e atenção quanto ao tipo e forma de atividades ofertadas nos serviços de saúde como CAPS.

Outras atividades de cuidado também são ofertadas na RT além do CAPS. Há um estágio de formação de Acompanhantes Terapêuticos com os moradores. Esta cena que será apresentada foi a despedida do estágio com o morador (Bicudo), no qual foi sugerido que ele escolhesse qualquer lugar para conhecer. Ele escolheu a Avenida Paulista, por ser um marco da cidade de São Paulo e por sempre ver na televisão – a distância e a insegurança de utilizar o transporte público sozinho não permitiram que ele conhecesse este espaço. O trabalho do AT possibilitou que este passeio acontecesse.

Cena: AT (Acompanhamento Terapêutico) na Av. Paulista

Queria mesmo acompanhar o estágio de AT que tem na casa, principalmente porque essa parece ser uma das poucas RTs que tem essa atividade.

O estágio chegava ao fim e Bicudo pediu para conhecer a famosa Av. Paulista. Fomos de ônibus. Infelizmente Bicudo não sabe ler nem reconhece os números dos ônibus para poder ir uma outra vez sozinho. No caminho avistamos alguns brinquedos do Playcenter e isso logo o animou, as histórias da visita ao parque rendem até hoje. Descemos no Trianon-Masp e logo quando chegamos Bicudo disse que queria tomar um suco, mas queria saber o preço porque ele estava com apenas R\$5,00 no bolso, no final das contas, tomamos o suco e o acompanhante terapêutico (at) pagou o suco para todos.

Estar na Av. Paulista já era o acontecimento em si. “*Muito chique esse lugar*” – dizia Bicudo. Deu para perceber que Bicudo queria muito andar de escada rolante, mas percebi que a postura do at era esperar Bicudo comentar que queria andar.

Eu falei que tinha medo das grades do metrô e Bicudo achou a maior graça, ficou me chamando de medrosa cada vez que passávamos por uma.

Conversamos sobre a alfabetização dele, porque nem os números ele reconhece, por isso para ele é difícil pegar ônibus sozinho. Ontem no CAPS eu vi uma sala de alfabetização e perguntei ao Bicudo porque ela não funcionava – ele não sabia. Foi legal ele conhecer algo bem diferente daquela região. Mas não fizemos muito, a não ser caminhar e conversar. Depois voltamos de ônibus e no caminho de volta a expectativa era ver o Playcenter novamente. Quando passamos por perto Bicudo apontou bem feliz “*Olha lá o parque!!!*”

Os passeios organizados pelos ACs da casa são eventos que sempre são contados como momentos de alegria e descontração. O mais comentados por todos na casa foram as idas ao Playcenter. Os acontecimentos desse passeio (realizado todo ano) são contados com riquezas de detalhes por todos, inclusive pelos ACs que acompanharam. Este é um dos momentos em que todos falam, comentam e complementam as histórias. Há registro de fotos e até vídeo caseiro.

Os moradores compraram uma máquina digital fotográfica para registrar esses momentos festivos da casa: aniversários, datas festivas, passeio a praia, ida de Arara ao terreiro da avó, conquistas dos moradores (como fazer um bolo pela primeira vez). São situações como essas que através da descontração de viver, reconstrói-se histórias e produzem novos territórios existenciais.

Habitar e Morar

Todos esses vetores de produção de subjetividade (reconstrução de sentido/valor, de tempo, de responsabilização e reinserção ao campo social) atravessam uma das principais questões das RTs, a produção de um habitar.

Para Saraceno (2001) “o habitar tem a ver com um grau sempre mais evoluído de “propriedade” (mas não somente material) do espaço no qual se vive, um grau de contratualidade elevado em relação à organização material e simbólica dos espaços e dos objetos, à sua divisão afetiva com outros” (p. 114).

Saraceno foi um dos principais autores que discutiu sobre o habitar no processo de reabilitação dos ex-pacientes/moradores dos hospitais psiquiátricos. Ele diferencia o *habitar* do *estar*⁵⁹ que está relacionado com a “escassa ou nula propriedade (não só

⁵⁹ Aqui usamos com o mesmo sentido de *estar* o termo *morar*.

material) do espaço por parte de um indivíduo, com uma anomia e anonimato do espaço em relação àquele indivíduo que no dito espaço não tem poder decisional nem material nem simbólico.” (2001, p. 114).

O manicômio é o lugar por excelência onde o habitar é negado e afirmado o morar. As experiências de moradias pós-hospitais psiquiátricas devem somente facilitar a criação de lugares para viver, sem programar a forma de viver nesses espaços. Os ACs como operadores de uma reabilitação, devem-se ocupar da construção de uma casa e de um habitar.

Com a noção de casa, nos referimos ao complexo de experiências concretas de reaquisição-reaprendizagem do uso dos espaços, da orientação de usar o tempo segundo linhas não institucionais, da capacidade de uso dos objetos e oportunidades da vida cotidiana; mas, também: a possibilidade de visitar a própria casa passada, as raízes e os lugares, as memórias e as impossibilidades; a noção de casa portanto, pressupõe a existência de uma casa presente. (Saraceno, 2001, p. 116).

A casa é um direito de cidadania, por isso que através desse direito se constroem políticas que implementam as Residências Terapêuticas. Os percursos singulares que acompanham a experiência de viver numa casa (e não mais num hospital) são fundamentais para a apropriação da casa como o *habitar* pelos seus moradores. É um processo que envolve tanto as relações internas da casa quanto com a vizinhança. Saraceno (2001) pontua a importância dessa interação para aumentar a tolerância e desenvolver a solidariedade, assim como a manutenção do contato com a família, com o objetivo de co-envolvê-las na experiência de vida autônoma do usuário.

Entretanto não apenas essa mudança de ambiente (do hospital psiquiátrico para a RT) que o processo de reabilitação com o habitar irá acontecer. É preciso um trabalho coletivo de construção de relações entre os moradores e os funcionários.

Esta cena aqui apresentada mostra como esse processo requer vínculo, tempo e muito trabalho com os moradores:

Cena: “Minha casa” é diferente da “casa que dorme”

Todos na casa falam “*se Juriti sair, ele não sabe voltar*”, “*ele não consegue lembrar o caminho de casa, por isso que se perde*”.

Um dia saímos eu e Juriti. Deixei ele guiar o caminho: atravessamos ruas, olhamos lojas, sentamos na calçada para ele fumar e conversamos. Sentados na calçada, ele fumando, começo a perguntar:

Pesq.: Juriti, você sabe voltar para casa?

Juriti: Orquídea.

Pesq.: Não em Orquídea, a daqui, a que você estava.

Juriti: Lá? (aponta para a rua).

Pesq.: É!

Juriti: Ué?! (silêncio)

Pesq.: Onde é sua casa?

Juriti: Riacho Grande.

Pesq.: Não essa, a que você dorme...

Juriti: A casa que dorme?

Pesq.: É, a casa que dorme, onde fica?

Juriti: Lá (aponta para a direção onde fica a RT)

Pesq.: Ah! A sua casa é diferente da casa que dorme?

J.: Ué?! (risos)

Para Juriti sua casa fica em Orquídea/Riacho Grande, onde ele provavelmente nasceu e cresceu, sua referência de habitat. Ele demonstra em várias circunstâncias que está na RT, ele ainda não habita ela (nem saberemos se um dia isso irá acontecer). Por isso ele é sempre vigiado, “se deixar o portão aberto ele foge”. Um dia ele saiu.

Cena: Um morador fugiu.

Precisei passar um tempo sem frequentar a RT entre o período da minha primeira visita e a aprovação do Comitê de Ética. Chegando lá fui recebida por um homem muito magro, com marcas no rosto, não conseguia lembrar dele. Assim que entrei, me “avisaram” logo: “o Juriti fugiu e voltou assim”.

Um olhar meio perdido, linguagem verbal de difícil compreensão, balançado de um lado para o outro. “O que aconteceu?” pergunto. “Um AC não fechou o portão direito, era dia de feira, ele conseguiu abrir e saiu. Só encontramos ele alguns meses depois porque o Hospital de Emergência o reconheceu, foi espancado na rua e deve ter passado fome, porque voltou muito magro”.

Ao longo dos meus dias na RT começo a conversar com ele: “Orquídea – Santos – mulher – Sandra – Zé – alumínio – bebe pinga – muito homi – todo mundo morre”. Palavras aparentemente desconexas que tentam traçar uma história. Não se sabe de onde ele veio, como foi parar no hospital, como “fugiu”, por onde andou.

Vou ver o relatório do Hospital Psiquiátrico de onde ele veio. “Motivo de internação: risco de vida”. Que se tenha registro morou quatro anos neste hospital. E os outros anos?

“Mas ele voltou esperto, falante” – disse uma AC. Chegou dizendo logo: “esse povo dorme muito”. Acha engraçado. Mas a noite dá problema, “arranje uma mulher para dormir comigo”, ele pede, mas como? Melhor marcar consulta extra

com psiquiatra, ele não consegue dormir, quer “*se resolver*” com os outros. Duas carbamazepina manhã, tarde e noite. Juriti fica mais tranquilo depois da medicação.

Mas também mais calado – pede para sair. “*eu quero sair, abra o portão, eu quero sair, isso não é hospital*” – “*É sim!*” grita um AC, ele estava enchendo o saco.

“*Quero fumar, me dá cigarro*” – “*não está na hora, só depois de comer*”. Abre o lixeiro, pega bituca de cigarro, enrola num pequeno pedaço de papel higiênico e fuma “até a última ponta”. “*Juriti! Não pode fazer isso! Pegar cigarro do lixeiro, do chão! Não pode!*” – “*Ué, não tem cigarro!*”.

E se deixar o portão da casa aberto ele foge.

Lancetti (2010) foi um dos poucos autores que discutiram sobre essa questão da “fuga”. A RT é uma casa, com possibilidade de ir e vir de quem lá vive. Mas ao mesmo tempo ela entra no paradoxo do seu híbrido de casa/serviço. Alguém é responsável pelos moradores, sempre há alguém que será responsável pelo portão da casa. É nesse contexto que a linha tênue entre cuidar/tutelar também se mostra. Cuidar é criar possibilidades, abrir caminhos para a criação do novo, tutelar é impedir essa criação sob a máscara de cuidado.

O que se discute aqui é a sensibilidade de trabalhar nesse espaço, onde o cotidiano é ferramenta de trabalho e são muitos os paradoxos que se enfrentam. Mas uma coisa sempre será verdadeira: “a liberdade é terapêutica”. Nada como poder reconstruir histórias de vida que estavam pausadas dentro dos muros dos hospitais psiquiátricos. Nada como construir uma nova família, uma “Família Terapêutica” (Arara).

Cena: Nós somos a família terapêutica

Arara chora/grita no andar de cima e eu estou conversando com Bicudo.

Pesq.: Como você fica quando tem outro morador passado mal?

Bicudo: Eu fico péssimo porque podia ser qualquer um de nós ae. E também porque a gente gosta dele, não quer que ele sofra, ele é como um irmão pra nós.

A todo tempo percebo esse afeto fraternal entre eles, seja por um abraço, uma piada ou uma ajuda no cuidado da higiene. Há uma vínculo entre eles que sobrepõe as desavenças. Mesmo depois de brigas que ultrapassaram a barreira do físico.

Certo dia Arara e um AC estavam me contando sobre momentos difíceis da casa. Um deles foi quando Bicudo ficou muito doente. Ele não conseguia se levantar da cama, comer, beber, nada. Então os moradores ajudam os ACs nesse cuidado, mas o mais difícil era dar banho porque ele tem quase 2 metros de altura e é muito

pesado para ser carregado. Então quem ajudava era o outro morador de quase 2 metros (Arara).

Arara: Era difícil, nem eu aguentava com ele, imagine os outros. Tinha que pegar ele e levar para o banheiro as vezes. Ajudar a levantar ele quando ele pedia. Foi um sofrimento aquela época. Mas é assim mesmo, aqui é todo mundo uma família, a família terapêutica.

4.5. TRAJETÓRIAS DE UM MORADOR

Esta é uma trajetória de inserção diferente em uma Residência Terapêutica. Bicudo nunca foi internado num hospital psiquiátrico, mas através de uma articulação entre os serviços do território, foi possível tirá-lo da rua e lhe oferecer uma casa.

A peculiaridade deste caso está em dois pontos: Bicudo nunca chegou a ser internado e não frequentava um serviço de saúde mental previamente.

Essa trajetória foi construída aqui por relatos do próprio morador, dos outros moradores da casa, dos ACs (que estavam presentes no período da sua entrada na casa), da coordenação e dos familiares que compartilharam sua história.

Segundo seus familiares, Bicudo nasceu “com esses problemas” (sic) porque quando sua mãe estava grávida ela desceu de um caminhão e caiu de barriga, desde esse acidente a gravidez foi muito complicada. Ela morreu devido a complicações no parto, quando Bicudo tinha 1 mês de nascido. Foi criado então com o pai e seus irmãos.

O pai era bastante violento, brigava muito com seus filhos, principalmente com Bicudo. Depois de muitas brigas entre eles, Bicudo foi morar com uma tia, irmã de sua mãe. A relação entre Bicudo e sua tia também não era tranquila e na medida que ele ia crescendo, as brigas tornaram-se mais agressivas.

Bicudo relatou uma briga que ele se descontrolou e quebrou tudo na casa pois não podia bater na tia. Esse episódio ocasionou uma das expulsões de Bicudo da casa, que não tendo para onde ir, foi dormir na rua.

Na rua ele começou a se relacionar com uma menina, que também foi expulsa de casa. Eles dormiam numa casa abandonada junto com outras pessoas, num lugar hostil, onde ele dormia no chão e brigas eram comuns. Passava o dia circulando pela rua e a noite ia para este local.

Um dos ambientes que ele circulava nesse período foi o Centro de Convivência da região (CECCO), onde participava de alguns grupos (“*conversava com as pessoas sobre a vida*” (sic)), mas ficava mesmo circulando a região. Trabalhava esporadicamente num posto de lavar carro ou pegava latinha para reciclagem para conseguir um “trocado” para comida.

As vezes aconteciam brigas bastante violentas na “casa abandonada”, obrigando-lhe a dormir na rua mesmo. As vezes deitava no muro de uma Unidade Básica de Saúde

(UBS) da região. Com o tempo ele começou a se aproximar do serviço para pedir café e estabeleceu um vínculo com alguns funcionários.

Enquanto Bicudo ficava entre a casa de sua tia, a casa abandonada e o muro da UBS, a Residência Terapêutica do bairro foi inaugurada, em janeiro de 2009 com oito moradores, todos egressos de hospitais psiquiátricos.

Em março do mesmo ano, um dos moradores (que inclusive não possuía documentação) saiu da RT e nunca mais voltou. A notícia da “fuga” desse morador circulou os serviços públicos da região na esperança de encontrá-lo, o que não aconteceu. Passados seis meses, alguns funcionários da UBS que Bicudo dormia no muro começaram a articular com os funcionários do CECCO para viabilizar essa “vaga” na RT para Bicudo.

O primeiro impasse foi a Portaria n.106/200 (que cria as Residências Terapêuticas no âmbito do SUS e como integrante da rede de saúde mental) pois ela descreve que estas casas são “destinadas a cuidar dos portadores de transtorno mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuem suporte social e laços familiares e que viabilizem sua inserção social.” (Ministério da Saúde, 2004b, p. 100).

Sua regulamentação a intitulou como serviço de saúde com a finalidade de reabilitação psicossocial. Essa titulação se deu principalmente ao fato de que o repasse da verba seria exclusivamente para o paciente que saía da internação, a AIH acompanharia o ex-paciente/morador e seria utilizada para manutenção das moradias. “Não estava prevista, portanto, a possibilidade de pessoas que não estavam internadas, mesmo sendo portadoras de sofrimento mental (por exemplo, moradores de rua), serem beneficiadas por essa proposta” (Scarcelli, 2011, p. 99).

Bicudo nunca fora internado num hospital psiquiátrico e não fazia nenhum acompanhamento em saúde mental, mas tinha problemas com moradia e circulava pelos outros serviços de saúde.

Mas havia uma possibilidade, pois seguindo a cartilha sobre Residência Terapêutica do Ministério da Saúde (2004c), o serviço é também oferecido para “Moradores de rua com transtornos mentais severos, quando inseridos em projetos terapêuticos especiais acompanhados nos CAPS” (p. 8). Nesse sentido, Bicudo poderia, via CAPS, entrar na RT.

Este foi o trabalho entre os serviços que tinham vínculo com ele (CECCO e UBS) articulados com o CAPS, a ONG gestora e a RT.

Bicudo começou a frequentar o CAPS e foi inserido na RT concomitantemente. Segundo um dos ACs, a entrada dele seria para além da oferta de uma moradia: por ele circular bastante o bairro, poderia ser um estímulo para aumentar a circulação dos outros moradores. Mas essa entrada não foi tranquila. Bicudo era muito agressivo e brigava sempre, não queria ficar em casa e chegou inclusive a pular da varanda do primeiro andar para sair.

Uma das brigas Bicudo bateu em Azulão que o fez sangrar (*“a briga foi por causa de uma bermuda” – contou Azulão*) e também jogou Bentivi na mesa da cozinha (quebrando ela). Para os ACs era um cuidado muito difícil porque ele não vinculava e continuava assustando os moradores. Esta briga citada acima fez os ACs convocarem uma reunião com a coordenação e a ONG gestora para rediscutir a permanência de Bicudo. Por mais que os ACs e os moradores não quisessem, a ONG estava realmente disposta a mantê-lo na casa. Nesta reunião ficou acordado que Bicudo ficaria por 1 mês num abrigo próximo para os ânimos acalmarem e depois se rediscutir o caso.

“Nesse período foi muito ruim, porque no fundo eu já estava gostando de ter uma casa, com comida e lugar para dormir que fossem meu. No abrigo era ruim, achei que iam me expulsar mesmo, chorava toda noite pedindo para voltar. Quando teve a reunião prometi que não ia mais brigar.” (Bicudo).

Promessa feita, um novo acordo foi feito e mesmo a contra gosto de alguns ACs, Bicudo permaneceu na casa. Sua rotina depois disso foi (segundo um AC): acordava, tomava café-da-manhã, saía para rua, voltava para almoçar, saía novamente e voltava para jantar e dormir. Os moradores não queriam sair com ele e nem ele os convidava. A princípio essa “rotina” não teria problema se todos os dias ele não voltasse com marcas de brigas ou com ligações do pai de uma “namoradinha” dizendo que *“era irresponsabilidade deixá-lo sair assim para ele ficar jogando pedra na casa atrás da menina”*, conta um AC.

Nesse período também Bicudo começou a desmaiar enquanto estava sozinho, foi trazido algumas vezes pela polícia que contava que ele estava deitado no chão

desacordado. Bicudo contou que isso acontecia as vezes, mas nunca o levaram no médico para saber o que era.

Os ACs então marcam uma consulta com o neurologista que o diagnosticou com “*epilepsia crônica*”, segundo Bicudo. Sua principal recomendação (além da medicação diária) era não sair mais desacompanhado de casa.

Este foi o ponto de virada para o trabalho dos ACs com ele. Em casa, sem poder sair sozinho, Bicudo começou ajudar nas tarefas da casa: varrer e passar pano no chão da cozinha e da sala. Além disso um AC lhe ensinou a fazer cadeirinhas de pregador de madeira para vender (já que ele ainda não tinha o benefício). Começou a frequentar com mais acuidade o CAPS e deixou de andar com as pessoas com quem ele andava quando morava na rua. Mas deixou também de ir ao CECCO por ser mais distante.

No período das minhas visitas a RT, Bicudo sempre foi um dos mais atenciosos e bastante comunicativo. Um AC ficou responsável para cuidar das suas finanças e em 2011 ele conseguiu receber o benefício do LOAS. Refez o contato com sua tia e quando pode visita-a e nos seus aniversários ela vai até a RT.

Recentemente sua irmã casou e ele foi convidado a ser padrinho da noiva, mostrou-me com orgulho o terno que comprou e contou também (com muita felicidade) que ia passar o dia com a família, inclusive ia dormir lá para poder aproveitar a festa do casamento.

As brigas ainda existem, mas agressão física aconteceu apenas uma vez enquanto eu frequentava a casa (entre Bicudo e Juriti – já relatada neste capítulo). Na avaliação dos ACs, um avanço.

Seus desejos hoje são aprender a ler e conseguir um trabalho (“*bico, para não perder o benefício*”).

Este caso nos mostra a transformação de um sujeito dito como “violento e agressivo”, num rapaz comunicativo e brincalhão. Estava precisando mais do que uma casa, precisava de pessoas que apostassem nele, confiassem nele, cuidassem dele.

A fala de um AC transcreve bem o pensamento do que hoje é ter Bicudo na RT:

“eu era um dos primeiros que não queria ele aqui, dava muito trabalho, tinha que ficar ido atrás dele, recebia reclamação da vizinhança, do pessoal da ONG, do CAPS, era um inferno. Aos poucos ele foi nos conquistando e a gente foi se

conhecendo. Ele teve uma vida muito difícil, nunca conheceu a mãe e sempre foi maltratado por todos. Acho que isso molda as pessoas sabe? Hoje dou meu braço a torcer pelas pessoas que batalharam para ele ficar aqui, porque ele melhorou muito e fez muito bem para ele”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho teve como objetivo fazer uma reflexão sobre os vetores de subjetivação produzidos no cotidiano dos moradores de uma Residência Terapêutica.

Mais do que uma reflexão acadêmica sobre a política e os processos que se dão dentro de um serviço/casa como este, esta pesquisa nos possibilitou conhecer histórias de vidas que há três anos atrás estavam sem perspectiva de pensar o futuro e viver o presente, pois viviam de acordo com as regras institucionais de um hospital psiquiátrico. Não são apenas moradores, são pessoas com quem me relacionei por seis meses (no mínimo, com mais intensidade). Cada visita, saída e ligação era uma cena, ou ao menos, um fragmento de uma história sobre uma casa e seus oito moradores e seus cuidadores.

A partir desta visão singular sobre RT, ao voltarmos para quadro de Furtado (2006) sobre os principais entraves para a criação de novas casas, podemos discorrer sobre algumas questões nessas considerações finais.

O município de São Paulo não conseguiu ainda alcançar o número de Residências necessárias para deshospitalizar os pacientes/moradores. Os dados mais recentes quanto a essa questão é de 2008 (Barros e Bichaff), no qual ainda existiam 605 moradores em condição de sair do hospital mas que não possuíam moradia ou vínculos sociais/familiares para os acolherem. Seria preciso desde essa data de publicação a criação de 75 RTs na Grande São Paulo e desde 2009 temos o número de 20 RTs em São Paulo (Prefeitura de São Paulo, 2011). Este poderia ser um indicativo de um baixo envolvimento dos gestores locais associado aos entraves financeiros que a montagem desse serviço requer (Furtado, 2006).

Podemos entender que a era da globalização, de políticas neoliberais, vem carregada de uma “desresponsabilização” progressiva do Estado em relação a tomar para si a responsabilidade de priorizar políticas sociais. (Scarcelli, 2011, p. 75).

Furtado (2006) também aponta o receio dos pacientes de deixar os hospitais como entrave, quanto a esta questão os moradores da RT pesquisada disseram que ficaram sim receosos com a mudança, alguns achavam que era um outro tipo de hospital, já que todos circularam por mais de um hospital antes da mudança para casa. Eles relatam que

demorou um certo tempo até entender que ali é a sua moradia e não mais um lugar para tratamento psiquiátrico.

Com relação a vizinhança, eles mantem contato com poucos, mas também porque não é hábito atividades comuns entre os vizinhos desse bairro. Nesse momento já uma necessidade de mudança de casa (por motivos estruturais, como por exemplo o fato de entrar muita água quando chove), mas há dificuldade de encontrar uma casa que comporte 8 pessoas e que seja perto do CAPS (para facilitar o deslocamento dos moradores).

A pouca visibilidade sobre as mudanças na saúde mental ficaram evidentes, principalmente quando (nesses dois anos de mestrado) tentava explicar este projeto de estudo: foram poucas pessoas que conheciam a mudança da assistência em saúde mental e muito menos conheciam a existência dessas Residências.

Não é em vão que dentro das minhas cenas apresentadas no capítulo anterior, oito foram sobre o *reingresso ao corpo social*. Porque esse é o momento que estamos: depois de décadas como o hospital psiquiátrico sendo o local hegemônico de tratamento para os loucos conhecidos pela sociedade, temos “recém” 10 anos de legislação que nacionalmente apontam para a desinstitucionalização) Como paralelo a esta reflexão temos a própria RT pesquisada, que possui apenas 3 anos, sendo que a primeira experiência nessa direção foi em 1984 com os Lares Abrigados no Hospital Juquery em Franco da Rocha (São Paulo).

Associada a essa “re-entrada” dos moradores a comunidade, temos a *reconstrução dos sentidos/valores*, pois muitos foram construídos a partir do cotidiano serializado dos hospitais. Diferentes sentidos para questões como diagnóstico, circular pela cidade sem medo e a própria noção de liberdade são produzidas diariamente. Concomitantemente ao processo de responsabilização pela sua própria vida, pois não há uma instituição que decide mais pelo sujeito. Há serviços, pessoas e instrumentos que agora auxiliam esses sujeitos nas suas decisões e na participação dos espaços que eles habitam, inclusive a casa. Espaço este que está em constante construção através do cotidiano coletivo e singular dos moradores. Essa experiência nos mostra que mesmo sendo “a casa deles” a RT poderá ser nunca o habitat de alguns (como no caso de Juriti que refere a sua casa como aquela que ele viveu antes de ser internado).

A questão que foi menos desenvolvida foi o tempo. Por ser um conceito relativo, ele transita entre a nossa noção contemporânea (onde “tempo é dinheiro”, “não se pode perder tempo”) para a noção construída ao longo dos anos de internação nos hospitais, onde o tempo é quase atemporal e suas marcações são estabelecidas pelas regras formais de um estabelecimento. Esses moradores transitam entre o híbrido desses dois tempos: entre os horários e as rotinas do funcionamento da casa e entre a possibilidade de passar toda a tarde na varanda tomando banho de sol num dia frio.

Concordo quando Scarcelli (2011) coloca que não podemos cair na ideia simplista que de o hospício é exclusão e o retorno a cidade é inclusão por si só, há um processo que envolve todos os vetores de produção de subjetividade apontados no capítulo anterior. Mas também, nada substitui o prazer de viver a “banalidade” da vida: acordar, comer, dormir, receber visitas, fazer café para elas, lancha bolo hoje e biscoito amanhã, ir na feira para comprar as frutas para o suco do almoço do dia etc. A liberdade continua sendo terapêutica (Rotelli, 1990).

Torna-se imprescindível a inserção de atividades dentro da comunidade, dentro do território onde se articula saberes e incorporando inovações sociais. Por isso que para a Saúde Mental nesse momento é preciso fazer tecer a rede existente entre as políticas sociais que o Brasil possui. As alianças intersetoriais devem ser cuidadas para o estabelecimento de diretrizes, pactuações, planejamento, acompanhamento e avaliação das outras políticas, com a participação dos seus gestores, colegiados e lideranças, pois o apoio matricial e o sistema de referência e contrarreferência não podem mais ser pensados para fora da intersetorialidade (IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial, 2010).

Na experiência desta Residência senti falta dessa articulação com os outros serviços para além do CAPS, como por exemplo o Programa de Saúde da Família (PSF) e o CECCO (que era tão presente na vida de um dos moradores). Ou equipamentos de educação que atendesse o desejo de pelo menos dois moradores de voltar a estudar e aprender a ler e escrever. Ou uma cooperativa que acolhesse as latinhas de Juriti e lhe proporcionasse algum retorno financeiro já que ele não tem o benefício (porque não tem documentação).

Várias situações controversas foram apresentadas nesta RT, mas principalmente pelo próprio paradoxo que é ser serviço e casa ao mesmo tempo, onde o cuidado e tutela se misturam e há um processo de construção de um habitar nesse espaço. O mais notável é a falta de um suporte técnico para os trabalhadores desse serviço, que precisam criar seu papel de cuidador e inventar diferentes formas de cuidado, na direção contrária das referências asilares existentes.

Desejo que este trabalho sirva de suporte para a sustentação desse projeto, principalmente enquanto ainda temos tantas pessoas ainda morando em hospitais. A relevância das nossas reflexões apontam para o valor desses espaços e auxiliam no debate e na busca para a solução dos problemas sociais que nos afligem, especialmente quanto a Política Nacional de Saúde Mental, que passa nesse momento por um período de afirmação em contraposição ao retorno da internação como única possibilidade de cuidado. São experiências como as que estão relatadas aqui que nos mostram como, muito mais que modificar o modelo de assistência, estamos possibilitando que as pessoas vivam suas vidas, mesmo com as adversidades que ter um sofrimento psíquico.

Foram décadas de aprisionamento e esse é o momento de unir forças entre a universidade, trabalhadores, gestores, usuários e militantes para a manutenção e melhoria dos serviços, dispositivos e cotidianos que sustentam essa política.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

ALTOÉ, Sônia (org.). *René Lourau: analista institucional em tempo integral*. São Paulo: HUCITEC, 2004.

ALVES, Domingos S. N. “Por um Programa Brasileiro de Apoio à Desospitalização”. In: PITTA, Ana (org.). *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: Editora HUCITEC, 1996. p. 27-30.

AMARANTE, P. Asilos, alienados e alienistas. In: _____ (org.). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994, p.73-84.

_____. *O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

_____. “Loucura, Cultura e Subjetividade. Conceitos e Estratégias, Percursos e Atores da Reforma Psiquiátrica”. In: FLEURY, S. (org.). *Saúde e Democracia. A Luta do CEBES*. Rio de Janeiro: Lemos Editorial, 1997, p. 163-185.

Associação Saúde da Família, 2006.
http://www.saudedafamilia.org/imagens/Apres_SRT_Lapa_CRP.pdf Acesso em 20 de agosto de 2011.

BAPTISTA, Luis A. *A Cidade dos Sábios*. São Paulo: Summus, 1999.

BAREMBLITT, Gregório. *Compêndio de Análise Institucional e outras correntes: teoria e prática*. ed. 5. Belo Horizonte, MG: Instituto Felix Guattari, 2002.

BARROS, Denise D. *Jardins de Abel: desconstrução do manicômio de Trieste*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo: Lemos Editorial, 1994.

BARROS, Sônia; BICHAFF, Regina (orgs.). *Desafios para a desinstitucionalização: censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo*. São Paulo: FUNDAP: Secretaria de Saúde, 2008.

BASAGLIA, Franco et al. “Considerações Sobre uma Experiência Comunitária”. In: AMARANTE, Paulo D. C. (org.). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994, p. 11-40.

BIRMAN, Joel; COSTA, Jurandir F. “Organização de Instituições para uma Psiquiatria Comunitária”. In: AMARANTE, Paulo D. C. (org.). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994, p. 41-72.

BIRMAN, Joel. “Os Sentidos da Saúde”. *Physis: Revista Saúde Coletiva*. v.9, n.1, Rio de Janeiro, 1999, p. 7-12.

_____. “A Cidadania Treloucada: notas introdutórias sobre a cidadania dos doentes mentais”. In: BEZERRA JR., Benilton; AMARANTE, Paulo (orgs.). *Psiquiatria sem Hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: RelumeRumorá, 1992. p. 72-90.

BOCCARDO, Andrea C. S. *et al.* “O Projeto Terapêutico Singular como estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental”. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*. v. 22, n. 1, p. 85-92, jan./abr., 2011.

CARROZZO, Nelson. “Introdução”. In: Equipe de Acompanhamento Terapêutico do Instituto A Casa. *Crise e Cidade: acompanhamento terapêutico*. São Paulo: EDUC, 1997, p. 11-15.

CASTEL, Robert. *A Ordem Psiquiátrica: a idade de outro do alienismo*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

CERTEAU, Michel de. *A Invenção do Cotidiano: 1. artes de fazer*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

_____. *A Invenção do Cotidiano: 2. morar, cozinhar*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1996.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Relatório da 4ª Inspeção de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas*. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2011.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da I Conferência Nacional de Saúde Mental. *Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 1994.

_____. Comissão Organizadora da III Conferência Nacional de Saúde Mental. *Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002.

_____. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. *Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, 27 de junho a 1 de julho de 2010*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010.

_____. *Resoluções*. Disponível em: conselho.saude.gov.br/resoluções/reso_95.htm (Acesso em 23/01/2012).

COSTA, Suely A. “Inserção Social? O que é... como fazer...”. In: BERENGER, Maria E. *et al* (orgs). *Desinstitucionalização e Psicose: experiências clínicas*. Niterói, RJ: EdUFF, 2008, p.7-17.

COSTA-ROSA, Abílio *et al*. “As Conferências de Saúde Mental e as Premissas do Modo Psicossocial”. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, mai./ago. 2001, p. 12-25.

_____. “Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva”. In: AMARANTE, P. (org.). *Arquivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau, 2002. p. 13-44.

CUNHA, Maria C. P. *O Espelho do Mundo: Juquery, a história de um asilo*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

DALMOLIN, Bernadete H. *Esperança Equilibrista: cartografias de sujeitos em sofrimento psíquico*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

DELGADO, Paulo. *Cidadania: outros olhares*. Disponível em: pt.scribd.com/doc/58183005/HUMANIZACAO-REFORMA-PSIQUIATRICA-NO-BRASIL (Acesso em 23/01/2012).

DELGADO, Pedro G. “Reforma Psiquiátrica e Cidadania do Louco”. In: *Razões da Tutela*. Rio de Janeiro: Te Corá Editora, 1992, p. 41-81.

_____. “Instituir a desinstitucionalização: o papel das residências terapêuticas na Reforma Brasileira”. In: *Cadernos IPUB*: n. 22. Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, 2006, p. 19-33.

Divisão de Apoio Didático e Tecnologia Educacional. *Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira*. In: <http://www.saude.rio.rj.gov.br/servidor/cgi/public/cgilua.exe/sys/reader/htm/preindexview.htm?editionsectionid=165>. (Acesso em 16 de junho de 2010).

ESCÓSSIA, L. M.; MANGUEIRA, J. M. *Produção de Saúde e de Subjetividade: cartografando as práticas dos psicólogos na rede de atenção psicossocial do SUS-Aracaju*. Projeto de Pesquisa (CNPq/PIBIC), 2004.

FERREIRA, ARTHUR A. L. *et al.* “A Questão da Cidadania e da Liberdade nos Processos da Reforma Psiquiátrica: novas possíveis práticas de governamentalidade”. *Mnemosine*. v.6, n.2, 2010. p. 116-143.

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

_____. *Microfísica do Poder*. ed. 21. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2005.

FURTADO, Juarez P. “Responsabilização e vínculo no tratamento de pacientes crônicos: da unidade de reabilitação de moradores ao CAPS Estação”. In: HARARI, Angelina; VALENTINI, Willians (org.) *A Reforma Psiquiátrica no Cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2001, p. 37-58.

_____. “A Ampliação dos Serviços Residenciais Terapêuticos no Brasil: o que dizem alguns atores”. *Cadernos IPUB: n° 22*. Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, 2006, p. 39-51.

GALHEIGO, Sandra M. “O Cotidiano na Terapia Ocupacional: cultura subjetividade e contexto histórico-social”. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*. v. 14, n. 3, p. 104-109, set./dez., 2003.

GIARD, Luce. “História de uma Pesquisa”. In: CERTEAU, Michel de. *A Invenção do Cotidiano: 1. artes de fazer*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994. p. 9 – 32.

GOFFMAN, Erving. *Manicômios, prisões e conventos*. ed. 8. São Paulo: Perspectiva, 2008.

GUATTARI, Felix. *As Três Ecologias*. ed. 21. Campinas, SP: Papilus, 1990.

_____. *Caosmose*. São Paulo: Ed. 34, 1992.

_____. *Psicanálise e Transversalidade: ensaios de análise institucional*. Aparecida, SP: Idéias & Letras, 2004.

GUATTARI, Felix; ROLNIK, Suely. *Micropolítica: cartografias do desejo*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

GUIMARÃES, J.; SAEKI, T. “Janelas do Santa Tereza: estudo do processo de reabilitação psicossocial do Hospital Psiquiátrico de Ribeirão Preto (SP)”. *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*. vol. 8, n. 2, jul./ago., 2001, p. 357-374.

HELLER, Agnes. *O Cotidiano e a História*. ed. 8. São Paulo: Paz e Terra, 2008.

HENRIQUE, E.; TORRE, G.; AMARANTE, P. “Protagonismo e Subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental”. *Ciência & Saúde Coletiva*. n.1. Rio de Janeiro, 2001. p. 73-85.

HIDALGO, Luciana. *Arthur Bispo do Rosário: o senhor do labirinto*. Rio de Janeiro: Rocco, 1996.

JASINER, Graciela. “Con-versando conversaciones”. In: JASINER, Graciela; WORONOSKI, Mario. *Para Pensar Pichon*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1992. p. 17-46.

LANCETTI, Antônio. “Cuidado e Território no Trabalho Coletivo”. In: *Cadernos de Subjetividade*. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica. Núcleo de Estudos e Pesquisa da Subjetividade. 2010. p. 90-97.

LAPASSADE, George. “Observação Participante”. In: BARUS-MICHEL, Jacqueline *et al.* (orgs.). *Dicionário de Psicossociologia*. Lisboa: Climepsi, 2005. p. 286-297.

LEAL, Erotildes M.; DELGADO, Pedro G. “Clínica e Cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização”. In: PINHEIRO, Roseni *et al.* (orgs.) *Desinstitucionalização da Saúde Mental: contribuições para estudos avaliativos*. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/LAPPIS: ABRASCO, 2007. p. 137-154.

LEFEBVRE, Henri. *A Vida Cotidiana no Mundo Moderno*. São Paulo: Editions Gallimard, 1968.

MACHADO, Vanessa et al. “A recusa à desospitalização psiquiátrica: um estudo qualitativo”. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, set/out, 2005, p. 1472-1479.

MÂNGIA, Elisabete F.; ROSA, Caroline A. “Desinstitucionalização e Serviços Residenciais Terapêuticos”. *Revista Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*. São Paulo, v. 13, n. 2, mai./ago., 2002, p. 71-77.

MASCARENHAS, Pedro. “Multiplicação Dramática”. *Revista Brasileira de Psicodrama*. v. 4, n. 1, 1996. p. 13-21.

MEDEIROS, Ana S.; DIMENSTEIN, Magda. “O Serviço Residencial Terapêutico de Natal na perspectiva de sua equipe técnica”. In: DIMENSTEIN, Magda (org.). *Produção do Conhecimento, agenciamentos e implicações no fazer pesquisa em psicologia*. Natal, RN: Editora UFRN, 2009. p. 219-232.

MIGUEL, Maria P. C. *Intervenções no Acompanhamento Terapêutico*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica – Pontifícia Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. BRASIL. *Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. *Legislação em Saúde Mental*. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. 4ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. *Residências Terapêuticas: o que são, para que servem*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

_____. *Saúde Mental em Dados 7, ano V, n.7*. Informativo eletrônico. Brasília: junho, 2010. (Acesso em 23/09/2010).

_____. *Saúde Mental em Dados 8, ano VI, n. 8*. Informativo eletrônico. Brasília: janeiro, 2011. (Acesso em 14/03/2012).

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. Procuradoria da República do Estado de São Paulo. *Ação Civil Pública*. 23 de maio de 2008.

MOREIRA, Maria I. B.; ANDRADE, Ângela N. “Habitar a cidade: análise de Serviços Residências Terapêuticos”. *Psicologia & Sociedade*. Porto Alegre, v. 19, n. 3, dez., 2007, p. 46-54.

NICACIO, Maria F. *O Processo de Transformação da Saúde Mental em Santos: desconstrução de saberes, instituições e cultura*, 1994. Dissertação de Mestrado em Ciências Sociais, São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

PALOMBINI, Analice *et al.* *Acompanhamento Terapêutico na Rede Pública: a clínica em movimento*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2004.

PASSOS, Eduardo *et al* (orgs). *Pistas do Método da Cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulinas, 2009.

PEIXOTO, G. “Algumas Considerações (com um pouco de história familiar) sobre a relação entre loucura, a ética e a política, no âmbito da saúde mental”. In: AMARANTE, P. (org.) *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Nau, 2003. p. 149-156.

PELBART, Peter P. *A Nau do Tempo-Rei: sete ensaios sobre o tempo da loucura*. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1993.

_____. *Da Clausura do Fora ao Fora da Clausura: loucura e desrazão*. ed. 2. São Paulo: Iluminuras, 2009.

PICHON-RIVIÉRE, Enrique; QUIROGA, Ana P. *Psicologia da Vida Cotidiana*. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

PINHEIRO, Roseni *et al.* “Necessidade e Práticas na Desinstitucionalização da Clientela de Longa Permanência Institucional: uma proposta de avaliação da relação entre demanda e oferta de cuidado”. In: PINHEIRO, Roseni *et al* (orgs.) *Desinstitucionalização da Saúde Mental: contribuições para estudos avaliativos*. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/LAPPIS: ABRASCO, 2007. p. 13-40.

PITTA, Ana M. F. “O que é Reabilitação no Brasil, hoje?”. In: PITTA, Ana M. F. (org.) *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: HUCITEC, 1996. p. 13-26.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação. *Número de Estabelecimentos/Serviços próprios da SMS por Coordenadoria Regional de Saúde e Supervisão Técnica de Saúde*. Agosto, 2011.

RAUTER, Cristina. “Oficinas para Quê? Uma proposta ético-estético-política para oficinas terapêuticas”. In: AMARANTE, Paulo (org.) *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 267-277.

ROTELLI, Franco. “Desinstitucionalização, uma outra via”. In: NICÁCIO, Fernanda (org.) *Desinstitucionalização*. São Paulo: Editora Hucitec, 1990. p. 17-59.

_____. “A Instituição Inventada”. In: NICÁCIO, Fernanda (org.) *Desinstitucionalização*. São Paulo: Editora Hucitec, 1990. p. 89-99.

SARACENO, Beneditto. *Libertando Identidades: da reabilitação à cidadania possível*. ed. 2. Belo Horizonte: Te Corá Editora/Instituto Franco Basaglia, 2001.

SANTOS, Nelson G. *Do Hospício à Comunidade: Políticas Públicas de Saúde Mental*. Santa Catarina: Letras Contemporâneas, 1994.

SCARCELLI, Ianni R. “Os Sentidos do Morar e a Cidade: um olhar sobre os serviços residenciais terapêuticos”. In: Cadernos IPUB: n. 22. Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, 2006, p. 71-81.

_____. *Entre o Hospício e a Cidade: dilemas do campo da Saúde Mental*. São Paulo: Zagodani, 2011.

SOARES, Leandro B.; MIRANDA, Luciana. “Produzir Subjetividades: o que significa?”. In: *Estudos e Pesquisa em Psicologia*. UERJ, Rio de Janeiro, ano 9, n. 2, 2009, p. 408-424.

SPINK, Mary J. P. “Pesquisando no Cotidiano: recuperando memórias de pesquisa em Psicologia Social”. *Psicologia e Sociedade*. Porto Alegre, v. 19, n. 1, jan./abr., 2007, p. 7-14

SPINK, Peter K. “Pesquisa de Campo em Psicologia Social: uma perspectiva pós-construtivista”. *Psicologia e Sociedade*. Porto Alegre, v. 15, n. 2, jul./dez., 2003, p. 18-42.

SUIYANA, Renata C. B. et al. “Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental: uma proposta que busca resgatar a subjetividade dos sujeitos?”. *Revista Saúde Sociedade*. São Paulo, v. 16, n. 3, 2007, p. 102-110.

VALENTINI, Willians. “Nenhum ser humano será Bonsai”. In: HARARI, Angelina; VALENTINI, Willians (org.) *A Reforma Psiquiátrica no Cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 11-24.

VASCONCELOS, Eduardo M. “Dispositivos residenciais em saúde mental, um campo aberto para os trabalhadores sociais: revisão de estratégias, tipologia e principais desafios políticos, teóricos e práticos”. In: VASCONCELOS, Eduardo M. (org.) *Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade*. São Paulo: Cortez, 2000. p. 97-12.

WAGNER, Gastão. “Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução e reforma das pessoas. O caso da saúde.” In: CECILIO, L. C. (org.). *Inventando a Mudança na Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1996.

WEYLER, Audrey R. “As Transformações no Relacionamento entre o Louco e a Cidade: do desenraizamento ao morar”. In: *Cadernos IPUB*. n.22. Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, 2006. p.111-119.

WORONOWSKI, Mario. ““Hablemos de Psicología Social” O... “? De qué psicología social estamos hablando?””. In: JASINER, Graciela; WORONOWSKI, Mario. *Para Pensar Pichon*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1992. p. 11-16.

_____. “Pichon Rivière y la crítica de la vida cotidiana”. In: JASINER, Graciela; WORONOWSKI, Mario. *Para Pensar Pichon*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1992. p. 47-77.

YASUI, Silvio. *Rupturas e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

ZOURABICHVILI, François. *Vocabulário de Deleuze*. Rio de Janeiro: Centro Interdisciplinar de Estudo em Novas Tecnologias e Informações, 2004. Disponível eletronicamente em <http://www.ufrgs.br/corpoarteclinica/obra/voca.prn.pdf> . Acesso 07/09/2011.

APÊNDICE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Dados de Identificação

Título do Projeto: Cotidiano das Residências Terapêuticas

Pesquisador Responsável: Dayse Andrade Bispo Silva

Instituição vinculada a pesquisa: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP)

Telefones de contato: (11) 8693-4445 – (79) 9977-2017

Eu, Dayse Andrade Bispo Silva, psicóloga e mestranda em Psicologia Social pela PUC-SP - com CRP 06/97946 (Conselho Regional de Psicologia São Paulo) - venho, por meio deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, convidá-lo(a) a participar da pesquisa “Cotidiano das Residências Terapêuticas”.

- Esta pesquisa visa analisar o cotidiano das Residências Terapêuticas e sua interface com a cidade com um objetivo de intensificar as reflexões sobre a Reforma Psiquiátrica.
- A participação é voluntária e que este consentimento poderá ser retirado a qualquer tempo, sem prejuízos à continuidade da pesquisa.
- A pesquisa acompanhará o ritmo e a disponibilidade do morador voluntário e não haverá nenhum tipo de imposição ou mesmo obrigatoriedade. A proposta é acompanhá-lo dentro da rotina individual.
- Serão feitas entrevistas sobre o período de saída dos hospitais psiquiátricos e a chegada na casa, assim como andanças pelo território circulado habitualmente pelos morador.
- O voluntário poderá recusar responder qualquer pergunta que cause desconforto.
- As entrevistas poderão ser gravadas em áudio quando autorizadas.
- O voluntário pode recusar-se a participar de qualquer atividade sugerida na pesquisa, a qualquer momento.
- Considerando que nenhuma pesquisa está livre de ter riscos ao voluntário, aqui será privilegiado o acolhimento e o cuidado ao morador em caso de qualquer desconforto subjetivo. Em casos extremos, poderemos acionar a rede de cuidado do morador para ajudar no suporte terapêutico.
- Os resultados dessa pesquisa serão discutidos com os envolvidos em forma de assembleia e posteriormente publicados em forma de dissertação acadêmica, na qual será enviada uma cópia para o Serviço Residencial Terapêutico.
- Garanti-se a confidencialidade das informações geradas e a privacidade do sujeito na pesquisa.
- Não haverá custos nem compensação financeira para os voluntários.
- Caso o morador voluntário seja curatelado, seu responsável legal irá assinar termo de consentimento livre e esclarecido.
- Esta pesquisa está de acordo com a Resolução 196/96 (que estabelece as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos).
- Qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios ou qualquer assunto relacionado com a pesquisa poderão ser tirados com a pesquisadora responsável através dos telefones acima.

- Em caso de dúvidas ou denúncias quanto as questões éticas, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde. Endereço: Rua General Jardim, 36, 1º andar, V. Buarque. Telefone: 3397-2464. E-mail: smscep@gmail.com.

Eu, _____ concordo em participar voluntariamente desta pesquisa e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo.

São Paulo, _____ de _____ de _____

Assinatura do Voluntário ou Responsável Legal

Assinatura da Pesquisadora

MODELO DO GUIA DE CONVERSA COM OS MORADORES

- Breve histórico de vida
- Lembranças do período de internação no hospital psiquiátrico
- Processo da mudança do hospital para SRT
- Expectativas antes da mudança
- Processo de morar numa SRT
- Pontos relevantes e marcantes do período que mora na SRT
- Principais conquistas e dificuldades
- Futuros projetos de vida

IMAGENS DA ESTRUTURA DO DIÁRIO DE CAMPO

[Illegible text]	[Illegible text]	[Illegible text]	[Illegible text]
------------------	------------------	------------------	------------------

[Illegible text]

[Illegible text]

[Illegible text]

[Illegible text]

[Illegible text]	[Illegible text]	[Illegible text]	[Illegible text]
------------------	------------------	------------------	------------------

<p>1981. Segundo Consejo y otros por el que se otorga una licencia a los señores S. M. y S. M. de la ciudad de Madrid para que se abra un taller de reparacion de coches en la calle de San Mateo, número 10. Se otorga la licencia para que se abra un taller de reparacion de coches en la calle de San Mateo, número 10. Se otorga la licencia para que se abra un taller de reparacion de coches en la calle de San Mateo, número 10.</p>	<p>1982. Segundo Consejo y otros por el que se otorga una licencia a los señores S. M. y S. M. de la ciudad de Madrid para que se abra un taller de reparacion de coches en la calle de San Mateo, número 10. Se otorga la licencia para que se abra un taller de reparacion de coches en la calle de San Mateo, número 10. Se otorga la licencia para que se abra un taller de reparacion de coches en la calle de San Mateo, número 10.</p>
---	---

<p>1983. Segundo Consejo y otros por el que se otorga una licencia a los señores S. M. y S. M. de la ciudad de Madrid para que se abra un taller de reparacion de coches en la calle de San Mateo, número 10. Se otorga la licencia para que se abra un taller de reparacion de coches en la calle de San Mateo, número 10. Se otorga la licencia para que se abra un taller de reparacion de coches en la calle de San Mateo, número 10.</p>	<p>1984. Segundo Consejo y otros por el que se otorga una licencia a los señores S. M. y S. M. de la ciudad de Madrid para que se abra un taller de reparacion de coches en la calle de San Mateo, número 10. Se otorga la licencia para que se abra un taller de reparacion de coches en la calle de San Mateo, número 10. Se otorga la licencia para que se abra un taller de reparacion de coches en la calle de San Mateo, número 10.</p>
---	---

QUADRO DE CENAS E VETORES DE SUBJETIVAÇÃO ANALISADOS		
Vetores de análise	Título da Cena	Página
Reconstrução de sentidos/valores	“Eu não tenho mais medo de sair de casa”	70
	“Fresquenia”	72
	Desmaio de Bicudo	73
	Cigarro	74
	Assumi ser homossexual	76
	Olhar pelo portão	77
Reconstrução do tempo	Acordar tarde é um problema?	79
	Andarilho de cadarços	80
Reconstrução da responsabilização	Quero participar – vocês estão falando de mim	82
	“Atas” das reuniões	83
	Vontade de trabalhar	84
Reingresso ao corpo social	“Juriti sabe assinar”	86
	“Pegou a coisa para ficar coisando na coisa”	87
	“Foi o moço que você conversou”	88
	O supermercado	90
	CAPS em festa	91
	Pesquisadora “polícia”	92
	Não há espaço para o diferente	94
	AT na Av. Paulista	95
Construção do habitar	“Minha casa é diferente da casa que dorme”	97
	Morador fugiu	98
	“Nós somos a família terapêutica”	99

ANEXO

São Paulo, 17 de Maio de 2011.
PARECER Nº 132/11 – CEP/SMS
CAAE: 0016.0.162.000-11

Ilmo. Sra.
Dayse Andrade Bispo Silva

Projeto de Pesquisa: Cotidiano das Residências Terapêuticas (RT)
Pesquisador Responsável: Dayse Andrade Bispo Silva
Instituição: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP)
Local onde os dados serão coletados: Serviço Residencial Terapêutico Brasilândia
Patrocinador: Pesquisadora (bolsista CNPq)

1 - Sumário Geral do Protocolo

Trata-se um projeto de dissertação de mestrado, que tem como objetivo geral "Conhecer o cotidiano das Residências Terapêuticas, analisando o dia-a-dia dos moradores de uma casa e as relações estabelecidas entre esta e a cidade" e como objetivos específicos "Fazer um levantamento histórico e quantitativo sobre as RTs na cidade de São Paulo e os serviços a que estão vinculadas; analisar a relação moradores da RT e território/cidade; cartografar o território percorrido/vivido dos moradores de uma RT e identificar, descrever e analisar as práticas dos cuidadores nas casas".

São propostos os seguintes passos para alcançar os objetivos desta pesquisa: "fazer um levantamento histórico na cidade sobre a implementação das Residências Terapêuticas através de documentos oficiais, trabalhos acadêmicos, jornais, etc.; fazer um levantamento das RTs existentes na cidade e as quais serviços elas estão vinculadas; selecionar a casa para realizar a pesquisa; entrevistar os atores que participaram da implementação da RT escolhida; entrevistar os profissionais que atuam direta e/ou indiretamente nas RTs; realizar andanças pelo território percorrido dos moradores da casa, a fim de construir mapas desse cotidiano; entrevistar os moradores acerca das suas impressões sobre as RTs e os questionamentos levantados por esta pesquisa e participar, se autorizado pelos moradores, do cotidiano da vida deles dentro e fora das casas."

Os sujeitos do estudo serão oito moradores do gênero masculino, com idades entre 27 (vinte sete) e 60 (sessenta) anos, que são ex-moradores de hospitais psiquiátricos que hoje habitam uma RT do Serviço Residencial Terapêutico Brasilândia, da Secretaria Municipal de Saúde.

A seleção da residência ocorreu pelo vínculo que a PUC e os serviços de saúde da Brasilândia vêm estabelecendo ao longo dos anos. A participação na pesquisa foi aceita pela casa, na figura da Coordenadora da RT, moradores e acompanhantes.

2 – Considerações

A pesquisadora apresenta folha de rosto corretamente preenchida, termo de compromisso, cronograma, bibliografia e currículos (compatíveis com a proposta). Anexa o roteiro.

Em relação ao orçamento detalhado, refere que "os custos deste projeto serão mínimos e financiados pela pesquisadora, apoiada pela bolsa do CNPq".

Quanto aos sujeitos da pesquisa, refere que serão os oito moradores da RT selecionada.

III - Situação do Protocolo: Aprovado

Antes do início da coleta de dados, alertamos para a necessidade de contato com o gerente da Unidade quando não foi ele quem autorizou a realização da pesquisa.





SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Comitê de Ética em Pesquisa/SMS

CAAE: 0016.0.162.000-11

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. O relatório final deve ser apresentado ao CEP, logo que o estudo estiver concluído.

O sujeito de pesquisa ou seu representante e o pesquisador responsável deverão rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE apondo sua assinatura na última página do referido Termo, conforme Carta Circular nº 003/2011 da **CONEP/CNS**.

Iara Coelho Zito Guerriero
Vice-coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/SMS



Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
Comitê de Ética em Pesquisa
Sede Campus Monte Alegre

PUC-SP

São Paulo, 21 de fevereiro de 2011.

PARECER CONSUBSTANCIADO

Protocolo de pesquisas n° 007/2011

Unidade de origem: Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde

Curso: Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia: Psicologia Social

Orientador(a) Prof(a). Dr(a).: Maria Cristina Gonçalves Vicentin

Autor(a): Dayse Andrade Bispo Silva

Título do Projeto de Pesquisa: Cotidiano das residências terapêuticas

Nível: Dissertação de Mestrado

Sumário Geral do Protocolo

Trata-se de Dissertação de Mestrado que propõe analisar o “Cotidiano das Residências Terapêuticas (RT)”, analisando o dia-a-dia dos moradores de uma casa e as relações estabelecidas entre esta e o bairro a seu redor, com o objetivo de intensificar as reflexões sobre a reforma psiquiátrica.

Pretende identificar e analisar qualitativamente alguns aspectos da implantação das RTs no Município de São Paulo, fazendo um levantamento histórico e quantitativo sobre as RTS e os serviços a que estão vinculadas, analisando a relação moradores da RT e o território/cidade, cartografando o território percorrido/vivido pelo moradores de uma RT, identificando, descrevendo e analisando as práticas dos cuidadores nas casas.

Para tanto, valendo-se do referencial teórico-metodológico da pesquisa social/pesquisa ação e da cartografia como metodologia, será feito um levantamento histórico sobre a implantação das RTs no Município de São Paulo, seguido de um levantamento das RTS existentes na cidade e da identificação dos serviços aos quais se acham vinculadas. Na sequência, serão entrevistados os profissionais que atuam direta e/ou indiretamente nas RTs, bem como serão realizadas andanças pelo território onde a casa está localizada, entrevistando, por amostragem, moradores da região sobre a inserção da RT no bairro. Também será realizado um estágio de presença na casa para observar as atividades cotidianas da mesma.

Local de Realização

Informa que a pesquisa será realizada no Serviço Residencial Terapêutico Brasilândia, unidade pertencente à Prefeitura Municipal de São Paulo e integrante da Secretaria Municipal de Saúde.

Apresentação do Protocolo



PUC-SP

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
Comitê de Ética em Pesquisa
Sede Campus Monte Alegre

A folha de rosto apresenta corretamente preenchida, restando datar o Termo de Compromisso assinado pelo responsável da instituição.

O termo de compromisso do pesquisador e do responsável está devidamente assinado por ambos.

No que tange à descrição da pesquisa há que se observar que estão presentes a fundamentação teórica, a contextualização do tema, a problematização, a justificativa, os objetivos, a metodologia, plano de atividades, o cronograma e as referências bibliográficas.

Foi apresentado currículo do professor responsável, assim como o currículo da autora do projeto comprovando formação específica na área objeto da pesquisa.

Quanto à metodologia, informa que irá utilizar o método cartográfico, método esse que vem sendo utilizado em pesquisas de campo voltadas para o estudo da subjetividade, constituindo-se, a um só tempo, em “uma ação de análise/descrição, uma intervenção e uma produção de subjetividade”. Através dele, o pesquisador “tem a possibilidade e o compromisso de dar sentido ao mapa em função das mudanças de ordem social que vão se operando”.

Os tópicos gerais que serão abordados nas entrevistas não estão discriminados no projeto, nem tampouco foi apresentado o roteiro da entrevista que se pretende levar a efeito, o que impede a aferição da sua consonância com os princípios éticos preconizados na Resolução CNS 196/96

Quanto às informações relativas ao sujeito da pesquisa, explicita que serão oito os sujeitos envolvidos na mesma, sendo a amostragem constituída por atores atuantes em uma casa de Residência Terapêutica e moradores da região onde a mesma está localizada. Os critérios para inclusão/exclusão dos mesmos na pesquisa não se encontram detalhados.

Os planos para o recrutamento de indivíduos não é descrito, não se especificando quem será o responsável pelo mesmo e de que forma será feito (se através de palestra, individualmente etc.).

Consta do projeto o orçamento financeiro da pesquisa.

Há parecer assinado pelo Professor Doutor Salvador A.M. Sandoval, considerando que “a pesquisa atende a todas as exigências de ética em pesquisa vigentes na área de Psicologia e exigida pela Universidade”.

Avaliação dos riscos e benefícios

O Protocolo não traz uma análise dos riscos, sendo que os benefícios esperados podem ser percebidos no objetivo do trabalho.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

O documento apresentado como TCLE, é conciso e emprega linguagem clara. Esclarece os objetivos e procedimento metodológico a ser adotado na execução da pesquisa, aborda aspectos da participação voluntária, da privacidade do sujeito da pesquisa, da confidencialidade das informações geradas, da liberdade do participante retirar-se da pesquisa a qualquer momento, sem que daí advenha qualquer prejuízo à continuidade do tratamento.

Informa que as entrevistas poderão ser gravadas em áudio, quando autorizadas.

Apresenta os dados para contato (telefone) apenas da pesquisadora, disponibilizando-se a dirimir dúvidas a respeito de qualquer assunto relacionado com a pesquisa.

Não traz a garantia da possibilidade do sujeito recusar-se a participar de qualquer atividade proposta. Não informa se a pesquisa será utilizada ou não para fins acadêmicos e/ou



PUC-SP

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
Comitê de Ética em Pesquisa
Sede Campus Monte Alegre

outras publicações científicas da área. Também não se disponibiliza a discutir os resultados finais com o sujeito da pesquisa.

Não esclarece sobre os potenciais riscos para os envolvidos. Também não faz referência à isenção de despesas por parte da participante, nem tampouco à inexistência de benefícios financeiros decorrentes da participação.

Comentários do Relator

A proposta da pesquisa é relevante e atual. No entanto, há certos aspectos que, a priori, devem ser melhorados, em função das determinações do protocolo de pesquisa, fixadas na Resolução CNS 196. Nesse sentido recomendamos:

1. Quanto à folha de rosto, deve-se datar o Termo de Compromisso assinado pelo responsável pela Instituição.
2. Quanto ao TCLE, deve ser complementado com vistas a incluir no documento a garantia da possibilidade de recusar-se a participar de qualquer atividade proposta. Deve informar sobre a possibilidade de publicação/divulgação dos resultados nos meios acadêmico e científico, bem como disponibilizar-se a discutir os resultados finais com o participante. Deve também identificar os possíveis riscos envolvidos, explicitar a questão da isenção de despesas por parte do sujeito da pesquisa e da inexistência de compensação financeira pela participação, além de fornecer os contatos da orientadora e do CEP para, em caso de necessidade, serem eventualmente acionados.
3. Quanto ao sujeito da pesquisa, o protocolo deverá caracterizar o sujeito envolvido, explicitando os critérios de seleção/inclusão/exclusão dos mesmos
4. Quanto ao processo de obtenção do consentimento e recrutamento, o protocolo deve conter a descrição dos procedimentos para esclarecimento do sujeito (informação individual, em grupos, palestra etc.) e por quem será feito.
5. O projeto deverá incluir o roteiro prévio da entrevista e/ou os tópicos gerais que serão abordados a fim de permitir a aferição de sua consonância com os princípios éticos preconizados na Resolução CNS 196/96
6. O protocolo deverá explicitar as responsabilidades do pesquisador, da instituição.

Recomendamos, outrossim, que:

7. O pesquisador desenvolva a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinue o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.3.z), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa (Item V.3) que requeiram ação imediata.
8. O CEP seja informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4),
9. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo sejam apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Situação do Protocolo *(o relator propõe)*

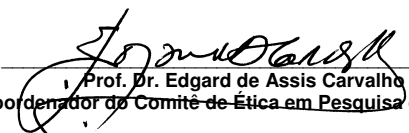


PUC-SP

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
Comitê de Ética em Pesquisa
Sede Campus Monte Alegre

Aprovado, com recomendação para reformulação e adequação do TCLE, apresentação de orçamento e complementações no protocolo.

*Estipula-se o prazo de 30 dias para manifestação e atendimento às recomendações postas, sendo que, a ausência de resposta por parte do pesquisador e/ou orientador, culminará na alteração do status do presente parecer de **Aprovado com recomendação** para o status **Pendente** seguida de sua retirada do CEP-PUC/SP.*



Prof. Dr. Edgard de Assis Carvalho
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-SP