



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

Simone Chandler Frichembruder

OS (DES)ENCONTROS DA LOUCURA COM AS CIDADES:  
serviços residenciais terapêuticos - narrativas do processo  
de desinstitucionalização no território brasileiro

Porto Alegre  
2009

Simone Chandler Frichebruder

OS (DES)ENCONTROS DA LOUCURA COM AS CIDADES:  
serviços residenciais terapêuticos - narrativas do processo  
de desinstitucionalização no território brasileiro

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito para obtenção do título de Doutora em Educação.

Orientadora:  
Profa. Dra. Nadia Geisa Silveira de Souza

Linha de Pesquisa: Estudos Culturais em Educação

Porto Alegre  
2009

## DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

---

F897d Frichembruder, Simone Chandler

Os (des)encontros da loucura com as cidades: serviços residenciais terapêuticos : narrativas do processo de desinstitucionalização no território brasileiro / Simone Chandler Frichembruder; orientadora Nadia Geisa Silveira de Souza. Porto Alegre, 2009.

180 f. + Anexo.

Tese (doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Educação. Programa de Pós-Graduação em Educação, 2009, Porto Alegre, BR-RS.

1. Serviços residenciais terapêuticos. 2. Casa. 3. Sistema Único de Saúde (SUS). 4. Morar. 5. Habitar. 6. Cidade. I. Souza, Nadia Geisa Silveira de. II. Título.

CDU – 614

Simone Chandler Frichebruder

OS (DES)ENCONTROS DA LOUCURA COM AS CIDADES:  
serviços residenciais terapêuticos - narrativas do processo  
de desinstitucionalização no território brasileiro

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito para obtenção do título de Doutora em Educação.

Aprovada em 2009.

---

Profa. Dra. Nadia Geisa Silveira de Souza – Orientadora

---

Profa. Dra. Maria Lucia Castagna Wortmann – UFRGS

---

Prof. Dr. Ana Maria Fernandes Pitta – UFBA e UNIFACS

---

Prof. Dr. Luis Antônio Baptista – UFF

---

Prof. Dr. Angel Martinez Hernàez – Universitat Rovira i Virgill

---

*Dedico este trabalho ao meu pai, "Doutor em Gostar da Vida"; a meu filho que mostrou que ela pode ser muito melhor e aos meus "Diadorins do Barrisul", seus filhos e amigos companheiros.*

*Diz um poema popular,  
que acompanha as bonecas japonesas:*

*“Assim é a vida  
Cair sete vezes  
E se levantar oito.”*

## AGRADECIMENTOS

Agradecer significa chegar ao final de uma etapa. E como terminar algo que marcou a vida da gente?

Difícil tarefa esta, a de fazer os agradecimentos como um dos rituais do encerramento do Doutorado, um sonho de minha vida que teve início mesmo antes de realizar um sonho maior, o maior sonho: o de me tornar mãe! Levar a vida com dois grandes sonhos que se deram juntos, o da mudança de nível de meu projeto de mestrado para doutorado e a notícia de que finalmente estava grávida foi algo como quem fica “grávida de gêmeos”.

Os dois nasceram muito bem, mas cheios de demandas, como as “crianças” que chegam ao mundo, mas me tomavam a vida, de vida, às vezes, uma atribulada vida!

Um dia ouvi de uma senhora, com seus 70 anos de sabedoria, mulher cujas moradas se deram na rua, dizer: Quem não tem filho, não sabe o que é ser feliz! Então, sou cada vez mais amante das sabedorias “populares”, pois a vida mostrou-se muito melhor, sem alcance de se imaginar as tantas felicidades com a chegada de Francisco, que junto comigo fez e desfez a mala nos (19) dezenove hotéis, pousadas, casas de amigos em que ficamos, durante os quatro meses do trabalho de campo deste estudo.

Lembro da coragem que passei a sentir, quando chegávamos a uma das desconhecidas cidades e a tensão que me tomava, pois a babá desistira de pegar o voo com a gente no dia marcado para a viagem. A cidade em que eu seria a estrangeira, acompanhada de uma criança, se aproximava e ver Francisco fascinado olhando as luzes que se abrihantavam com a iminência do pouso do avião, dizer nos seus dois anos recém completos, com muitas palavras que ele transmitia ainda incompletas: Que lindo mãe! - me acalentava, levando-me a pensar que estava “tudo bem”.

Obrigada meu filho, por mostrar-me nos meus medos e inseguranças, que aquela cidade tinha grandes belezas! Por estares junto nestas tantas idas e vindas, ajudando-me a concretizar o outro sonho que chegou contigo e que tantas mães insistem em dizer que não podem fazê-lo, pois, agora “tiveram filhos”. Desculpa de mães, ou não tiveram a sorte de ter gerado alguém tão especial, que amou conhecer

peças, lugares e nessas andanças em pleno vôo, me revelou: "Mãe, eu vou voar o mundo"! Talvez sejam mães que não tiveram a bênção de, no esgotamento dos minutos finais do "jogo" de uma tese, ou da realização final de um sonho, já nos descontos do tempo regulamentar, poder ouvir de seu filho: Trabalha mãe! Orlando Perpétuo, obrigada por este filho com que a vida nos abençoou e por desejar tanto que eu chegasse ao final desta etapa.

Parece que esta passagem fez marcas não somente em minha vida, mas para ele (nós) laços que ficarão para sempre em sua vida.

E nesses enlaces, nos caminhos desta viagem/tese, lembro do dia em que ele, no interior do nordeste, ao encostar-se na cadeira, chama pela dinda! Dinda Nádia! Já ouviram falar em orientadora que se tornou a dinda escolhida de um afilhado que nasceu no "meio" da tese de sua orientanda? Essa é de fazer inveja ao Riobaldo e seu amigo Diadorim!

A escolha de Francisco, Nádia como sua "mãe substituta", nos mostra que algo se deu para além deste percurso, muito além dos saberes acadêmicos na relação orientando - orientador. Confesso que nestes "muito além", tivemos discussões de "range dente" como diria Riobaldo, movidas por pontos de vista diferentes, mas que eram passíveis de resistir. E nessa possibilidade, creio que não deva ter sido tarefa fácil, orientar quem quase sempre resistiu! "Riobaldo, me ajuda, pois estou sem palavras para agradecer"!

Agradeço a meu pai, Raimundo Frichembruder que com seus poucos anos de estudo, tornou-se Doutor em "Gostar da Vida", e assim orientou-me desde pequena; à minha mãe, Normandia Frichembruder, que também com seus poucos anos de estudos, me orientou a não desistir dos meus sonhos, por mais difícil que eles pareçam ser.

À Laura Frischenbruder, uma avó-mãe que está tão viva tamanha a sua doçura, beleza e capacidade de amar como quando esteve com a gente. À Elisabeth Frischenbruder, a querida tia Beth que nos lembra sempre que a doçura, a beleza e o amor perduram.

À Renate Frichembruder, a tia Renate, pelas correções do projeto e da tese e pelos "bons conselhos" dados na companhia do meu tio Eduardo, um sujeito sensível com fama de durão, mas um bom conselheiro, nas difíceis estradas que a vida nos apresenta. Ao Marquinhos, um primo que se fez um grande irmão, e à Carla, pelas boas passagens de nosso convívio na infância.

Ao meu afilhado/sobrinho Gabriel Frichembruder, um “filho substituto”, cuja companhia me faz tão bem! A minha sobrinha Manuela Braganholo, escolhida pelas veias do afeto, agradeço pela companhia de sonhos e formas de ver a vida e à Nani que faz “tão bem” a ela, e assim, “tão bem” a mim. À Rosane Vallim pelos cuidados com meu pai em uma difícil passagem, e ao presente dado por ela de ser a dinda do Gabriel!

Voltando a falar em sonhos, é impossível esquecer as pessoas que me ajudaram a criar os dois filhos sonhos, e que me deram colo nas dificuldades que se passaram neste período. Agradeço a dois sonhos de pessoas: Maria Célia Detoni, por dar-me a mão nos deslizes desta passagem; e a Gilbetro Daiello, pela sincera e divertida amizade e a sua presença infalível quando as coisas “não andavam bem”; amigo, que mesmo nas horas mais difíceis, não se pôde deixar de rir juntos, nem dividir as tantas idéias que ele me trouxe para este estudo.

À Tina, que com seu brilho, ilumina a nossa vida diariamente. Obrigada por cuidar da gente!

À Marina, ao Nilo, à Selma, à Lu e à Profa. Camila, da Escola Tartaruginha Verde,, que com os seus distintos afetos trilharam laços de confiança na nova escola que meu filho precisou ingressar no início deste ano, fazendo com que eu pudesse voltar a escrever esta Tese.

Não poderia, ainda, deixar de destacar, o quanto fico orgulhosa de ser filha do ensino público e gratuito desde a primeira série do primeiro grau, salientando que minha experiência mostra que é possível ter um ensino gratuito de qualidade, como os que recebi em toda a minha trajetória de vida. Assim agradeço as escolas estaduais, municipais e a esta Universidade em que me formei e encerro esta pós-graduação. Agradeço em especial a PPG-FACED e a linha dos Estudos Culturais, onde me sinto acolhida diante do meu desassossego por não conseguir aderir a uma “ciência”, no caso a Psicologia, onde fiz minha graduação. À Maria Lucia Castagna Wortmann, pelas inquietações provocadas na defesa do projeto que deram outros contornos à esta tese.

Aos componentes da banca Angel Martinez, Luis Antônio Baptista e Ana Pitta, pelas contribuições dadas ao processo Reforma Psiquiátrica e assim, para este estudo.

À Neliana Menezes, pela paciência e disposição da revisão bibliográfica criteriosa desta tese.

Não poderia também, deixar de agradecer ao Ministério da Saúde, financiador desta pesquisa, assinalando a sua preocupação sobre como estão sendo criados estes outros Serviços de Saúde Mental.

Agradeço à Coordenação Nacional de Saúde Mental e não poderia deixar de nomear as pessoas que estão em estado de luta permanente por uma sociedade sem manicômios. Ao grande guerreiro Pedro Delgado, que não se deixa levar pelos tantos "arranhões" que lhe cabem ao lidar com os diferentes atores que institucionalizaram a loucura ao longo dos séculos. Aos adjuntos guerreiros, Karime Fonseca e Francisco Cordeiro, pela persistência e vigor de não deixar esmorecer pelos contratos "sem contratos" dos que trabalham na equipe, e em especial ao carinho com que me cuidaram quando estava em Brasília, como estrangeira e meu filho crescia em meu ventre. À Cleide de Souza,, por sua disponibilidade e afeto. À Ana Ferraz pelo seu carisma, sua dedicação e ética ao tomar conta de algo que me foi muito precioso em minha vida: O Programa De Volta para Casa, bem como ao Marden Filho pelo afinco em implantar esse projeto e as muitas risadas e lembranças de nossa amizade. À Tânia Grigolo, à Cristina Hofmann pelo trabalho em equipe prazeroso e transparente. À Giselle Sodré, pela disposi o diante das solicita es que lhe couberam neste trabalho.

Voltando para o sul, não poderia deixar de citar as pessoas que passaram nesta trajetória que começou dentro do manicômio.

Era o final do ano de 1994, quando no meio do horror que sentia em minha chegada como psicóloga do hospício, observei um sujeito, na unidade onde comecei a trabalhar, que era rodeado pelas mulheres que ali moravam. Elas seguiam em sua dire o sedentas por falar com ele. A cena das mulheres atrás de um psiquiatra do hospício, convenceram-me que ali estava um sujeito sensível, um grande psiquiatra. Mas neste ano, eu não imaginaria que ele seria uma pessoa tão importante, a ponto de dizer se "não fosse ele" muitas passagens do mapa da Reforma, desenho desta tese, estariam impossibilitadas de se traçarem, pois minha experiência de transi o com os usuários se deu em conseq ncia de seu convite para assumir um lugar junto   Dire o, assumida por ele no ano de 1999, com a proposta de desinstitucionalizar as pessoas que l  viviam. Isto se deu quando eu ainda tinha apenas 29 anos e era jovem. Muitos disseram para que "ele desistisse desta idéia", pois afinal alguém em uma Dire o de Ensino, sem ser mestre ou doutor e muito jovem, seria um grande risco. Mas a confiança falou mais alto que os

atravessamentos políticos e afetos que se apresentavam para ele! Obrigada pela confiança, compadre Régis Antônio Campos Cruz, e pela forma de escutar os que viviam (em) do outro lado do muro do hospício. À comadre Leila pela amizade e pela correção apaixonada desta tese, agradeço.

Minha gratidão à Sandra Fagundes, pela sua garra e pelos caminhos trilhados na Saúde Mental a seu convite, que me permitiram criar projetos com autonomia e sem limites para os sonhos e, em especial, a forma cuidadosa de seus olhos se voltarem nos momentos em que a saúde de meus pais se fragilizou.

Às minhas queridas residentes das épocas do São Pedro Cidadão: Jaqueline Monteiro, Vanessa Panozzo, Lorayne Nobre e Ana Guilhermina, pela amizade que se deu em meio a um dos mais belos momentos de minha trajetória profissional.

Aos meus queridos amigos do Morada São Pedro, à Vera Rezende, à Stellamaris, à Lurdes, à Rosane Boff, à Kássia, a todos que aceitaram entrar no cotidiano da vida nas cidades com os que sonhavam em voltas para casa. Ao Rafael, do Morada Viamão por aceitar o desafio de coordenar o Projeto Morada Viamão. Agradeço, em especial, à minha grande amiga Maria Conceição pela amizade, carinho e garra e aos inesquecíveis momentos em que passamos juntas em uma das cidades deste estudo, onde ela aceitou cuidar de meu filho. Muito obrigada, pela maravilhosa convivência.

À Marta Marcantônio, à Ana Mariza Torres, Ineida Aliatti e a Jurema Scghenatto pela maravilhosa convivência nos caminhos da Saúde Mental.

À Rosane Ramalho pelos diálogos sobre a loucura e sua escuta afetiva e acolhedora de minhas inquietações nos espaços de supervisão.

Ao EducaSaúde, coordenado pelo professor Ricardo Ceccim, e aos colegas e amigos de sonhos das Residência(s) Integrada(s) em Saúde Mental Coletiva da UFRGS : Rebeca, Maria Cristina, Analice, Ana Carolina, Giovani, Belchior, Cláudia, Silvana, Francilene, Liciane e Neca. À Analice Palombini, agradeço à valiosa correção de português do projeto desta tese.

À comadre amiga Fabiana Rossarola, "mentaleira" amiga que hoje vive fora das terras brasileiras e que deixa muitas saudades dos tempos de grandes viagens e lutas compartilhadas na utopia de uma sociedade sem manicômios. À Károl e Márcio, grandes amigos, que hoje também, fora do país, movem a vida de esperança e alegria pela proximidade de voltarem a estar perto da gente novamente.

À Cristiane Knijink, amigona querida, que desce com um anjo nas passagens turbulentas da vida e que baila a vida comigo nas alegrias da vida.

A Gabriel Binkowski e à Lia Braga, residentes da FACED-UFRGS, cuja convivência e discussões junto ao Morada São Pedro, trouxeram muitas produções para esta tese.

À Yara Castan, obrigada pela solidariedade, quando tudo parecia perdido diante das infrutíferas tentativas da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre de inviabilizar este estudo.

Às gurias e guris da UBS Camaquã: Rosa, Berê, Tâmara, Neiva, Rosemary, Vilmar e ao Miro por mostrar que em um “exílio político” podem se dar momentos muito divertidos.

Ao Nicolau Ludwig, pela tentativa de impedir este estudo, gerando em mim mais força para continuar.

Diria agora, que são tantos agradecimentos e a hora de chegar ao fim se aproxima, mas não posso deixar de lembrar as pessoas que encontrei neste muitos brasis que conheci. Assim, irei trilhar os agradecimentos por região do país, começando pelo nordeste, onde os afetos transbordaram a cada encontro com as pessoas que lá encontrei. Agradeço à Joyce pela acolhida e pela amizade. À querida Lita, pelo cuidado diário com a gente. À Rossana, pela atenção e garra. Ao Joseildo, pela disposição de contribuir com este estudo e o carinho com as pessoas que vivem no Residencial. À Maria Amélia, pelo acolhimento e disposição na realização deste estudo. Sou grata a todos de sua equipe que esbanjaram afetos nesta passagem.

Aos funcionários do hotel Serrano, obrigado pelo carinho comigo e meu filho em nossa estada.

À Sônia Bezerra, Paulo e João Vitor amigos do centro-oeste, pela acolhida em sua pousada, com muitos bate-papos até o sono chegar. Ao Davi, que junto com esta querida família, cuidou de meu filho como mais um membro da família, para que eu pudesse me afastar.

À equipe de Saúde Mental da região centro-oeste, pelas importantes contribuições para este estudo.

Ao povo do norte, pelos maravilhosos testemunhos de como lidar com o que parece estranho. Agradeço à equipe que me recebeu “uma estranha”, de forma tão

acolhedora, em especial ao Aluisio pela sua disponibilidade em minha esta sua cidade.

Aos amigos Mário, Beatriz e Bianca, que nos receberam em sua casa quando estávamos sedentos por abandonar os hotéis. Pessoas que deixaram tanta saudade na gente e uma eterna amizade. À Algenyr e à Bel pela amizade e por nos proporcionarem o encontro com os familiares do Norte.

À calorosa equipe da região sudeste, com tantos desafios que enfrentam no percurso de seus trabalhos. Agradeço, em especial, à Leandra e à Flávia e a toda equipe de Saúde Mental pela atenção e pela sua luta no cotidiano dos Residenciais.

Aos meus queridos amigos do Banrisul e os que se aproximaram da gente, “doutores em amizade”, obrigada pelos nossos vinte anos de convivência! Ao meu grande amigo Zé, à Wanda, à Clara, à Lisiane, ao Daniel, à Sofia, à Lara, ao Damião, à Isabela, à Miriam, à Rumi, ao Ricardinho, à Kaore, ao Marcelo, à Tânia, ao Tiago, à Luísa, à Tatiana, à Júlia, ao compadre Felix, à Silvana, ao Théo, ao Zezinho, que bom que vocês existem!

Aos amigos que estiveram lá do outro lado do muro, e que fizeram com que eu percebesse de novo o valor de poder sair às ruas, tomar um simples café, ir ao cinema, poder ter filhos, ter uma casa para chegar... Agradeço à Graça, Marlene, Heloísa pelas coisas sobre a vida que aprendi com elas. Ao Toinho, à Maria, ao Cláudio, ao Selastiere, ao Edmilsom, a Cláudia, à Grimalda, às pessoas que vivem nos Residenciais que me receberam de forma afetiva e sem preconceitos como a pesquisadora/ intrusa, deixo o meu eterno agradecimento.

## RESUMO

Iniciei a escrita desta pesquisa inspirada na obra de James Cowan “*O Sonho do Cartógrafo: meditações de Fra Mauro na Corte de Veneza do Século XVI*”, com a intenção de, assim como Fra Mauro, o cartógrafo veneziano que buscava através de seus informantes desenhar o mapa perfeito que contemplasse a dimensão da criação, traçar o Mapa da Reforma Psiquiátrica, no Brasil, os des(encontros) da loucura com as cidades. Para tanto, parti em busca das experiências de (des)institucionalização da loucura, nas cinco regiões do território brasileiro, através das narrativas dos cuidadores, gestores, usuários e vizinhos sobre a vida nos Serviços Residenciais Terapêuticos. Com esse percurso, tive como objetivo trazer elementos para pensarmos sobre as práticas implicadas nos processos de (des)institucionalização da “loucura” no país. Para iniciar os primeiros traços do mapa e do lugar de onde falamos da loucura, apresentei e discuti situações cotidianas, trazendo as maneiras de agir em relação à “loucura”, vivenciadas em diferentes culturas. Com tais experiências, visei problematizar a sua pretensa universalidade e os jogos de exclusão que (des)configuram os traços do mapa da Reforma no País. A seguir, apresento os (Des)caminhos da Construção desta Pesquisa, em que discuto as ferramentas teórico-metodológicas deste estudo. Em um terceiro momento, realizo um traçado dos principais movimentos, conferências e dispositivos legais que delinearão a constituição do Residencial Terapêutico no Brasil, debatendo a partir destes traços do mapa possíveis interstícios do morar em um Residencial cadastrado junto ao Sistema Único de Saúde. Na seqüência da tese, ingresso nas práticas vigentes da constituição do Hospital Psiquiátrico tecidas através das narrativas de profissionais, que atuaram nestas instituições e, hoje, trabalham nos Residenciais, e dos usuários que viviam e vivem nesses lugares, buscando analisar e tencionar possíveis tramas que se prolonguem na constituição dos Residenciais Terapêuticos nas cidades. Na continuidade dos traços do mapa, analiso o percurso da chegada dos “escolhidos” para ingressar nos Residenciais Terapêuticos, delineando as diferentes vias que se constituem na vida dos usuários de Saúde Mental em tempos de Reforma Psiquiátrica. Dentre aqueles a quem foi permitida a “volta para casa”, como uma sucateira, catei as narrativas dos usuários, cuidadores e gestores neste atribulado percurso em que se dão os (des)encontros da loucura com as cidades. Para ampliar as formas do mapa, narro momentos de minha passagem por um residencial do sudeste, entremeadas pelas narrativas de outros fazeres que testemunhei nas diferentes regiões do país, dando “visibilidade” as formas de agir e escutar os moradores, chamando a atenção para a possibilidade de delinear outros traços na construção do “Mapa da Reforma” no Brasil. Finalizo meu percurso, com o encontro com Riobaldo, ex-jagunço e fazendeiro personagem de Grande Sertões Veredas e outros atores, numa conversa/pensamento em que busco outros “acabamentos” para possíveis desenhos futuros da Reforma Brasileira.

Palavras-chaves: **Serviços Residenciais Terapêuticos. Casa. Sistema Único de Saúde. Morar. Habitar. Cidade.**

---

FRICHEMBRUDER, Simone Chandler **Os (Des)Encontros da Loucura com as Cidades: serviços residenciais Terapêuticos** : narrativas do processo de desinstitucionalização no território brasileiro. Porto Alegre, 2009. 180 f. + Anexo. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

## ABSTRACT

I started writing this paper inspired by James Cowan's book "A Mapmaker's Dream: The Meditations of Fra Mauro, Cartographer to the Court of Venice" and, much like Fra Mauro, the Venetian cartographer who, through his informants, sought to draw a perfect map that represented the full breadth of Creation, planning to draw the map of Psychiatric Reform in Brazil, the (mis)understandings between insanity and the cities. To that end, I set off in search of insanity (de)institutionalization experiences across Brazil, gathering accounts by caregivers, managers, users, and neighbors about life in Psychiatric Homes. My goal for that journey was to bring elements for us to think about the practices involved in the country's "insanity" (de)institutionalization processes. To start outlining the map and the place from where we talk about insanity, I presented and discussed everyday situations, bringing the attitudes toward "insanity" taken by different cultures. Through such experiences I sought to discuss their alleged universal character and the exclusion games that (de)form the traces of the Reform in the Country map. Next, I will present the (By-)Ways taken to Construct this Paper, in which I discuss the theoretical-methodological tools used. Then, I will recap the main movements, conferences, and legal provisions that set up the creation of Psychiatric Homes in Brazil, discussing, based on such draw lines on the map, the possible interstices of living in a Home accredited by the Brazilian federal health system. Moving further along, I approach the practices involved in establishing Psychiatric Hospitals through the accounts of people who used to work at such institutions and now work at the Homes, and the accounts of users who used to live or currently live in those places, in an effort to analyze and contemplate possible webs that extend into the creation of Psychiatric Homes in cities. As I keep on drawing the map, I analyze the journey taken by those "chosen" for admittance to the Psychiatric Homes, and lay out the different pathways traveled by Mental Health users in times of Psychiatric Reform. From those allowed to "go back home", like a dumpster diver I sifted through the accounts of users, caregivers, and managers along this troubled course on which the (mis)understandings between insanity and the cities take place. To enlarge the shapes on the map, I recount some of my visit to a home in southeastern Brazil, interspersed with chronicles of other doings I have witnessed in the country's various regions, giving "visibility" to the ways of acting and listening to the residents, drawing attention to the possibility of drawing other traces to put together the "map of Reform" in Brazil. I end my travels as I meet former hired hoad and farmer Riobaldo, a character in *Grande Sertões Veredas* and other actors, in a talk/thought in which I search for other "finishings" for possible future sketches of the Brazilian Reform.

**Keywords: Therapeutics Residences Services. House. Unique System of Health. Live. Inhabit. City.**

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Usuário de um Centro de Atenção Psicossocial da Região Nordeste ....	1
Figura 2 – Produção de um Interno, em um Muro de um Hospital Psiquiátrico do Centro-Oeste do Brasil .....	94
Figura 3 – Fala de um Jornalista que se Ocupou da Criação do Museu da Loucura em uma Cidade no Sudeste do País .....	98
Figura 4 – Produção de um Interno, em um Muro de um Hospital Psiquiátrico do Centro-Oeste do Brasil .....	100
Figura 5 – Foto Tirada em um Residencial na Região Centro-Oeste do País .....	143
Figura 6 – Foto Tirada em um Residencial na Região Centro-Oeste do País .....	144
Figura 7 – Foto Tirada em um Residencial na Região Centro-Oeste do País .....	145
Figura 8 – Foto Tirada em um Residencial na Região Sudeste do País .....	148
Figura 9 – Foto Tirada em um Residencial na Região Sudeste do País .....	151
Figura 10 – Foto Tirada em um Residencial na Região Sudeste do País .....	151
Figura 11 – Produção de um Morador, em um Muro Interno de um Hospital Psiquiátrico do Centro-Oeste do Brasil .....	173

## SUMÁRIO

<b>1 AS TANTAS HISTÓRIAS SOBRE A LOUCURA E A UTOPIA DA CONSTITUIÇÃO DO “MAPA DA REFORMA”</b> .....	19
<b>2 OS (DES) CAMINHOS DA CONSTRUÇÃO DA PESQUISA</b> .....	35
<b>3 AS TANTAS HISTÓRIAS E MOVIMENTOS DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA: a constituição dos serviços residenciais terapêuticos no Brasil (SRTS)</b> .....	49
<b>4 ESTA CASA, NÃO É A MINHA CASA! OS RESIDENCIAIS E SUA INSERÇÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: labirintos que se entrecruzam</b> .....	61
<b>5 A “CASA DOS LOUCOS” E O CONVÍVIO COM ESSAS “VIDAS INFAMES”</b> .	70
<b>6 A CAMINHO DE CASA: barreiras e atalhos na via dupla entre o hospital e a cidade e outras vias por vir</b> .....	100
<b>7 CHEGANDO EM CASA: eu voltei pras coisas que eu deixei?</b> .....	124
7.1 “ERA UMA CASA, MUITO ENGRAÇADA!” .....	143
<b>8 “EU VIM PARA CASA E O HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FICOU LÁ”: a Casa das Xícaras de Porcelana</b> .....	148
<b>9 SOBRE O “ACABAMENTO” DO MAPA DA REFORMA BRASILEIRA: conversando com Riobaldo e outros autores</b> .....	165
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	174
<b>ANEXO1 – TERMO DE CONSENTIMENTO</b> .....	180

## **1 AS TANTAS HISTÓRIAS SOBRE A LOUCURA E A UTOPIA DA CONSTITUIÇÃO DO “MAPA DA REFORMA”**

Em sua obra, “*O Sonho do Cartógrafo*”, Cowan (1999) traz as reflexões de Fra Mauro, cartógrafo veneziano do século XVI, para quem o trabalho de sua vida era construir o mapa perfeito, um mapa que representasse a dimensão da criação. Nesta busca, inúmeros “curiosos”, viajantes, exploradores visitavam-no em sua cela, trazendo a cada narrativa um mapa “mais completo”. Contudo, acenavam para a impossibilidade de alcançar a perfeição de sua forma, tornando seu contorno cada vez mais extenso e incompreensível.

Movida, talvez, pela utopia do cartógrafo na busca pelo “mapa perfeito”, fui instigada a construir um “mapa da loucura” nos seus diferentes (des)encontros com a cidade. Semelhante ao cartógrafo veneziano, diante da “figura” que vai-se constituindo da Reforma Psiquiátrica no território brasileiro, com contornos cada vez mais extensos e torneados por diferentes percursos em relação à loucura, senti-me impelida a mapear os (des)caminhos para a constituição desta outra modalidade de atenção integral em Saúde Mental, denominada Serviços Residenciais Terapêuticos.

Fra Mauro “[...] procurava o conhecimento nos cantos mais longínquos do mundo, enquanto permanecia firmemente recolhido a seu próprio canto. Ele se contentava em deixar que outros fizessem as investigações por ele.” (COWAN, 1999, p. 16).

Eu escolhi o movimento e fui ao encontro dos narradores dessa tese. Percorri uma cidade de cada uma das regiões do país, onde “colhi” as narrativas das experiências que vão configurando os cenários da desinstitucionalização no Brasil. Esse caminhar me levou, assim como vivenciou o cartógrafo, a momentos de recolhimento e reflexão diante do testemunho e da vivência de diferentes situações relacionadas ao processo em curso.

Assim, com a intenção de me aproximar do cotidiano das relações e da vida dos moradores nas suas residências, procurei conviver, com os moradores, os cuidadores das casas e os gestores e os seus vizinhos. Tal relação permitiu-nos criar laços de afeto e de confiança necessários para que pudéssemos conversar sobre as experiências que ali foram acontecendo.

Dessas “viagens”, trouxe na “bagagem” as narrativas de alguns usuários dos Serviços Residenciais Terapêuticos cadastrados no Programa de Volta para Casa, de seus vizinhos, dos funcionários que os acompanham e dos gestores dos projetos.

Nas discussões que faz sobre a posição do narrador, Gagnebin (2004)<sup>1</sup> assinala que o narrador é uma espécie de “sucateiro”, isto é, aquele que traz os restos, esse personagem encarregado de catar aquilo que parece sem significado e fora da história oficial, mas que carrega consigo marcas, memórias e experiências. Assim, no percurso de cartógrafa procurando desenhar um mapa dos (des)encontros da loucura com a cidade, fui, por momentos, tornando-me uma sucateira dessas experiências e narrativas que em aparência sem significado podem contar outra história da loucura no nosso país<sup>2</sup>.

Ao narrar situações que ouvi e vi nesses percursos, tento tornar visível a heterogeneidade de práticas<sup>3</sup> e discursos<sup>4</sup> postos em funcionamento em diferentes culturas, configurando modos diversos de lidar com a “loucura”.

Inicialmente, trago meu estranhamento em relação às narrativas de uma cuidadora, a Luciana, ao falar de Celeste<sup>5</sup>, moradora de um Residencial no interior de uma cidade nordestina. Segundo ela, Celeste era uma mulher bem sucedida, que trabalhava como gerente de uma loja e que, prestes a data de seu casamento, descobriu que sua tia mantinha um relacionamento com seu noivo, situação que a levou à depressão e à busca de um catimbozeiro. Diante desta fala, perguntei: O que seria o catimbozeiro?

De sobrenatural! De sobrenatural! Dizem né! Eu não acredito nessas coisas. Dizem que tem o dom de fazer alguns, mexer os pauzinhos lá para aquela pessoa que está fazendo mal a

<sup>1</sup> Segundo as análises de Benjamin (1994), no seu texto intitulado “*O Narrador: considerações sobre a obra de Nikolai Leskov.*”

<sup>2</sup> Na próxima seção apresento de modo mais detalhado a construção teórico-metodológica da pesquisa.

<sup>3</sup> Práticas discursivas são aquelas práticas sociais que instituem tanto o “objeto” de que falam – o discurso – como o comportamento aprendido pelo visível – o não-discursivo (FOUCAULT, 1995, p. 56); ou, ainda, o “[...] um conjunto de regras anônimas, históricas, sempre determinadas no tempo e no espaço, que definiram numa dada época e para uma determinada área social, econômica, geográfica ou lingüística as condições de exercício da função enunciativa.” (FOUCAULT, 1995, p. 136).

<sup>4</sup> Para Foucault (1995, p. 56), os discursos, para além do enunciável são os conjuntos de regras que definem o “regime dos objetos”, mais do que conjuntos de signos que remetem a conteúdos ou representações, são “[...] práticas que formam, sistematicamente, os objetos de que falam.”

<sup>5</sup> Os nomes utilizados neste estudo são fictícios, visando preservar a identidade das pessoas.

“você, ou então, trazer seu amor de volta e disseram lá que fizeram um trabalho pra ela, aí pronto ela enlouqueceu mesmo, aí que a mãe dela gastou muito, foi atrás de médico”<sup>6</sup>.

O catimbozeiro enlouquecera Celeste! A loucura, ao ser atribuído a forças sobrenaturais que retiram a “vinculação” de Celeste ao seu estado mental, é apresentada com traços do modelo mítico-religioso da Antiguidade Clássica. Catimbozeiro, conforme o dicionário de Umbanda, é o termo utilizado para o chefe de catimbó, tem sentido de um feiticeiro terrível. Os seguidores do catimbó cultuam a árvore Jurema, árvore com flores, cujo plantio se dá nos sertões e nas caatingas nordestinas. O culto envolve um conjunto de práticas religiosas ligadas às culturas indígenas, influenciadas pelas tradições africanas e pelo cristianismo. Das raízes e da casca da Jurema, extrai-se uma bebida sagrada, que ao ser ingerido possibilita a abertura do homem para o mundo espiritual<sup>7</sup>. Desse modo, o catimbozeiro, ao beber a seiva da planta, entra sob influências dos elementos da natureza, e, neste caso, a atuar na mente de Celeste, produzindo nela alucinações e delírios.

O discurso em relação à “loucura” de Celeste apareceu, naquele momento, demarcado pelas influências culturais ligadas àquelas tradições religiosas. Trago este exemplo para dar visibilidade à(s) marca(s) peculiares das culturas naquilo que se relaciona à loucura, em cada região, o que pretendo fazer ao longo do percurso deste estudo, bem como verificar como essas marcas se articulam nos diferentes projetos.

Segundo Foucault (2002c, p. 260), em [...] todas as sociedades há sujeitos que têm comportamentos diferentes dos das outras, escapando às regras comumente definidas [...] em pelo menos quatro domínios de atividades: nas suas relações com o trabalho; nos domínios da sexualidade, família e na reprodução da sociedade; nos domínios da fala e da linguagem e nos domínios dos jogos e das festas (FOUCAULT, 2002c), assumindo o lugar de marginais ao “infringirem” um dos domínios citados. Tais colocações permitem pensarmos que esses “jogos” de exclusão diferenciam-se a partir das possibilidades de tolerância atribuídas a cada um dos domínios, descritos por Foucault (2000, p. 89), onde “[...] cada cultura tem

---

<sup>6</sup> Esta fala foi coletada através de uma entrevista com uma cuidadora de Celeste, moradora de um Residencial Terapêutico.

<sup>7</sup> Esta tradição estendeu-se para o litoral nordestino, sendo considerado a localidade de Alhandra, no litoral paraibano, o lugar onde se concentra “o berço de uma grande linhagem de catimbozeiros e mestres do além”.

seu limiar particular.” Estes “jogos”, então, seriam demarcados pelas características regionais, como no exemplo da loucura da Celeste, atribuída às influências dos “poderes sobrenaturais” do catimbozeiro

Nas diferentes significações construídas em relação à loucura, como no exemplo anterior do catimbozeiro, o que não se distingue é o movimento de exclusão, o qual direciona a vida das pessoas que infringem qualquer um dos domínios mencionados anteriormente, dando contornos ao mapa da exclusão construída durante séculos, quando reconhecida em seu tempo e no seu habitat. Neste sentido Foucault (2003, p. 254), ao discutir sobre o discurso do historiador, traz como exemplo, “[...] o problema da loucura, do discurso sobre a loucura, e de tudo o que foi dito em certas épocas sobre a loucura.” Salienta o filósofo a necessidade de se examinar esses discursos, as instituições que o regulamentaram e a forma como os indivíduos se viram excluídos, considerando que a loucura existe apenas dentro de uma determinada sociedade.

Para ampliarmos a discussão acerca da forma como as culturas lidam e configuram a “loucura”, tomemos como exemplo a experiência de uma mulher que vive em um município da região norte. Luísa, pessoa conhecida naquela cidade, tem por hábito caminhar nua pela cidade. Os moradores, talvez, incomodados pela sua nudez, têm por costume procurar vesti-la, mas ela, possivelmente, andava sem vestimentas não por falta de “condições financeiras” para adquirir roupas, já que mantinha o hábito de sair pela cidade nua, com o rosto pintado, carregando uma bolsa.

Num dia, ao retornar para minha “morada de passagem” durante a coleta de dados, pude ver, em uma rua movimentada, uma mulher que andava de forma errante, com os seios à mostra, vestindo apenas uma bermuda. Diante daquela cena, o trânsito seguia na velocidade peculiar daquela capital; a mulher não provocava qualquer alteração, seja no movimento dos carros, ou nos sons emitidos. Eu não percebia os gritos peculiares dirigidos a mulheres com os seios à mostra, como talvez acontecesse na cidade onde resido. Aqui, a polícia não participa da cena; parecia que ela era invisível aos demais passantes, levando-me a pensar que somente eu perturbara-me com a imagem da “errância nua” daquela mulher. Na capital gaúcha, minha morada, Luísa não poderia desfrutar de sua “errância nua”, sem receber a reprovação dos condutores de automóveis e a presença da polícia, que, acredito, interromperia sua caminhada, direcionando-a para o hospício da

cidade. A nudez, provavelmente, entraria no domínio da sexualidade, citado por Foucault, produzindo a exclusão de Luísa do espaço da cidade no sul do país.

Nesse mesmo percurso, duas quadras após a cena descrita, o morador da cidade que me conduzia no retorno para casa, apontou um “doido” (assim chamado por ele) que dorme toda noite em frente à padaria, onde trabalhara como engenheiro, numa reforma do prédio. Na conversa, conta-me de seu incômodo com aquela presença pontual, na frente do prédio, onde ele agora exerce seu ofício. Ao queixar-se para o dono de estabelecimento, recebeu a seguinte resposta:

Deixa que ele é doido! Ele dorme sempre na frente da padaria e sai antes que as portas do estabelecimento estejam abertas para a população.

As cenas trazendo outros jeitos de lidar e conviver com o comportamento de Luísa e dos “moradores” daquela cidade, nos possibilitam pensar que, naquela cidade, a “loucura”, ainda, é admitida, reportando-me à familiaridade com a “loucura”, na Idade Média, contada por Foucault (1995) quando nos fala da história da loucura. Porém, diferentemente daquele período, hoje, encontram-se, ainda, institucionalizadas quarenta e uma (41) pessoas no único hospital psiquiátrico nesse Estado.

Ao nos contar do hospital como o dispositivo eleito no século XVII para abrigar os insensatos, Foucault aponta que essa era a “possibilidade” para os mais excitados, antes do advento da grande exclusão, quando os pequenos casebres eram os lugares que serviam para abrigá-los.

Os casebres, “tão antigos” no curso da história, compõem, ainda hoje, o cenário da exclusão da loucura no território amazonense. Em uma reunião com dirigentes de diferentes instituições, tive a oportunidade de conhecer tal recurso. Na ocasião era tratada a necessidade de transferência, para o hospital psiquiátrico do Estado, de um rapaz procedente do interior do Amazonas: ele era morador de uma tribo indígena e se encontrava em situação de cárcere privado em uma pequena casa. Esta, retratada na foto que a equipe mostrou, era de tábuas e apresentava pequenas frestas, lembrando um galinheiro com aberturas suficientes para a sua ventilação.

O rapaz, segundo os profissionais, encontrava-se naquela situação de confinamento devido às agressões dirigidas a sua família e às pessoas da tribo onde

vivia. Os moradores do povoado, impossibilitados de lidar com ele, o submetiam a um enclausuramento improvisado e a um pedido de providências aos profissionais de Saúde da região. Na conversa, as falas dos profissionais relacionam-se ao modo de lidar com a agressividade do rapaz, sua insanidade no convívio com a mãe e os habitantes da tribo. A equipe decide pela internação do rapaz no hospital psiquiátrico do Estado.

O exemplo citado da tribo amazonense mostra que as pequenas casas, de alguma forma se perpetuam como possibilidades para os mais excitados, em pleno século XXI.

No decorrer do século XVII, os sujeitos, excluídos do convívio em sociedade, eram aqueles que viviam na ociosidade, sendo por isso alvo de polícia<sup>8</sup>. Segundo Foucault (1994, p. 237), nesse momento era necessário ter um ofício, desempenhar um trabalho assalariado, mesmo que não remunerado, para fugir do internamento; caso contrário, ficava ao encargo dos oficiais o poder de internar “[...] os mendigos e vagabundos.”

Ainda no século XVIII, a justificativa para o confinamento estava sustentada na inserção dos indivíduos no mercado de trabalho.

Segundo Barros (1994, p. 32):

As transformações produzidas pelo nascimento do período industrial determinaram uma nova posição da pobreza, na qual a velha distinção do pobre-hábil e o pobre-doente assumirão uma conotação diversa. O pobre hábil torna-se essencial à riqueza, podendo e devendo ser reintroduzido na sociedade. O pobre doente e, portanto, improdutivo, torna-se elemento negativo por excelência. Neste mecanismo de exclusão/inclusão do mercado de trabalho é que os loucos irão tornar-se mais visíveis, tendo sua exclusão justificada por sua própria incapacidade.

A partir da Revolução Francesa, diante da diversidade de reformas de cunho econômico, político e administrativo nas relações sociais, a loucura deixa de ser um objeto exclusivo do poder jurídico, passando essa tarefa a ser dividida com a medicina.

---

<sup>8</sup> Refiro, aqui, o termo polícia, como analisado por Foucault, este é como aquele conjunto de práticas de governo da população que se desenvolveram entre os séculos XVII e XVIII. Assim, dentro das práticas de polícia se encontram as “medidas que tornam o trabalho ao mesmo tempo possível e necessário para todos os que poderiam viver sem ele.” (FOUCAULT, 1995b, p. 63).

Foi no diálogo entre o direito penal e a necessidade de respaldo da medicina higienista, para sua afirmação enquanto ciência médica, que se fundou a Psiquiatria e, nesse intercruzamento, o conceito de periculosidade do louco.

Segundo Foucault (2002a, p. 150):

Em outras palavras, a psiquiatria a partir do momento em que começou a funcionar como saber e poder no interior do domínio geral da higiene pública da proteção do corpo social, sempre encontrou o segredo dos crimes que podem habitar toda loucura, ou então o início de loucura que deve habitar todos os indivíduos perigosos para a sociedade. Em suma, foi preciso que a psiquiatria, para funcionar como eu lhes dizia, estabelecesse a pertinência fundamental da loucura ao crime e do crime à loucura.

No entanto, o autor chama nossa atenção para o fato de que essa noção não está centrada somente na medicina ou no direito, mas “[...] são todas as disciplinazinhas da escola, da caserna, do reformatório, da usina, que tomam cada vez mais espaço. Todas essas instituições proliferando, estendendo-se, ramificando suas redes em toda a sociedade.” (FOUCAULT, 1999, p. 305).

A partir desses entrelaçamentos, a loucura vai adquirindo outro lugar, no século XIX, um lugar de atravessamento do saber médico e a partir dos Grandes Monstros da Psiquiatria, constitui-se a psiquiatria criminal.

Foucault (2002a), em “*Os Anormais*” (2002), ao fazer uma genealogia do anormal e da anomalia, vai dizer que o monstro é aquela figura que viola tanto a lei da natureza quanto as leis do homem. O monstro é da ordem da violação, do incorrigível, “[...] o monstro é que é problema, o monstro é que interroga tanto o sistema médico, como o sistema judiciário.” (FOUCAULT, 2002a, p.78). Ao nos falar no processo que leva à passagem do monstro ao anormal, na transição do século XVIII para XIX, o autor refere os três grandes monstros que se destacaram na categoria jurídico-política e que fundaram a psiquiatria criminal:

O primeiro é essa mulher de Selestat de que já lhe falei várias vezes e que, como vocês sabem, matou a filha, cortou-a em pedaços, cozinhou sua coxa com repolho e comeu-a. O caso Papavoine, por outro lado, que assassinou no bosque de Viscennes duas crianças, que talvez tenha tomado por descendentes dos filhos da duquesa de Berry. E, enfim, Henriette Cornier, que cortou o pescoço de uma filhinha dos vizinhos. (FOUCAULT, 2002a, p. 138).

Foucault (2002, p. 139) assinala que somente o caso Henriette “[...] cristalizou o problema do fantasma criminal.” Ao questionar o porquê de tal diferenciação,

aponta que a primeira teve como justificativa de seu ato uma grave fome na Alsácia, no ano de 1817, fato que a eximiu de ser considerada como louca no tribunal. O caso Papavoine, também considerado à parte do sistema jurídico-penitenciário, teve sua justificativa no argumento de que ele “imaginara” que as crianças fossem oriundas da família real. Estas alusões são inseridas na ordem “[...] do delírio, da alusão, da falsa crença, logo da loucura.” (FOUCULT, 2002a, p. 139). Ambos os crimes tinham uma justificativa, o primeiro inserido em um interesse, dotado de lucidez, o segundo, inserido na loucura.

Esses casos cometidos contra crianças, embora de extrema brutalidade, tomaram dimensões diferentes, mesmo com a magnitude de suas ações e a crueldade dos atos. O caso Henriette, contudo, passou a ser visto como “difícil”, por ser considerado sem uma aparente “justificativa”; escapava à atribuição tanto da razão quanto da loucura, safando-se, por sua vez, do direito e da punição e da leitura do médico e tendo seu poder de revelação delegado à Psiquiatria.

Segundo o autor:

E é em torno destes casos que vão se desenvolver toda uma série de operações, de um e de outro lado desses atos enigmáticos; (...). Para lhes mostrar um pouco desse mecanismo que é, na minha opinião, importantíssimo não apenas para a história dos anormais, não apenas para a história da psiquiatria criminal, mas também para a história da psiquiatria pura e simplesmente, e no final das contas das ciências humanas, e que agiu no caso Cornier e em casos desse tipo [...] (FOUCAULT, 2002, p. 141).

No entanto, mesmo com a diversidade de conceitos, lugares, explicações que tentam, ao longo da história, dar conta desse “fenômeno”, no cotidiano do trabalho desenvolvido no campo da Saúde Mental, no contato com a loucura, percebemos a fragilidade da condição humana de quem a contempla e a sensação de que nada sabemos sobre ela. Nas sociedades ocidentais, a loucura, “[...] está sempre em falso: ao mesmo tempo objetivada e objetivante, oferecida e recuada, conteúdo e condição. Para nós, ainda, ela tem a condição de uma coisa enigmática; inacessível [...]” (FOUCAULT, 1995, p. 457).

Essa inacessibilidade vem delimitando, como lócus do “louco”, a sua exclusão do cenário das cidades desde o século XVII até os dias de hoje, mesmo com o Movimento de Reforma Psiquiátrica, desencadeado a partir da década de setenta na Europa e no Brasil, propondo a inclusão do portador de sofrimento psíquico na sociedade. Contudo, de que inclusão, afinal, está falando?

Em seus estudos sobre o processo de desinstitucionalização, Martínez Hernáez (1998), ao falar de pesquisas realizadas em diferentes países, refere que se observa a migração dos usuários para o centro das cidades.

Definitivamente, tanto nos Estados Unidos como na Alemanha, Grã Bretanha e Suécia parece existir uma associação entre esquizofrenia e urbanização, assim como uma maior concentração deste transtorno nos centros da cidade e em zonas deprimidas. (MARTINEZ HERNÁEZ, 1998, p. 36).

O autor, pesquisando a história de Hilário – morador da cidade de Barcelona, que, após sua primeira hospitalização, “[...] esteve uns meses em uma residência familiar para, em seguida, mudar-se sozinho para Cidade Velha [Centro Urbano de Barcelona]” (MARTINEZ HERNÁEZ, 1998, p. 48), aponta-nos algumas reflexões sobre sua escolha:

Desta maneira, Hilário é recluso em essa espécie de estar fora dentro de estar adentro do social que constitui os lugares de trânsito. Um tipo de estratégia social que, longe de ser nova, constitui, tal como poderemos ver a continuação, uma forma antiga e sofisticada de confinamento. (MARTINEZ HERNÁEZ, 1998, p. 51).

Ainda conforme Martínez Hernáez (1998), a escolha de habitar os centros urbanos, feita por esses usuários, pode ser vista como uma estratégia de manterem-se no anonimato.

Passar para o outro lado, o lado dos excluídos, e olhar de frente para essas pessoas como Hilário, pode nos possibilitar ver a nossa loucura, conforme Ramalho (1999, p. 53) “[...] o louco escracha aquilo que não queremos saber.” Mas de que loucura estaríamos falando? Se considerarmos as diferentes posições ocupadas ao longo da história, seria possível chegar a um conceito sobre ela?

Para discutirmos sobre a loucura e o que ela nos provoca, trago Ateneu, um dos moradores do hospital do Sul que, assim como outras pessoas que lá conheci e com quem convivi, marcou a minha passagem no manicômio enquanto trabalhadora de Saúde Mental.

Ao ingressar no hospital psiquiátrico, fui encaminhada para trabalhar na unidade de moradia onde vivia Ateneu. Ele foi um dos moradores dos quais me aproximei nos primeiros dias no hospital. Chegando à Unidade, para mais um dia de trabalho, ao me dirigir à sala reservada para os técnicos da unidade, observei que Ateneu, quase sistematicamente, vinha se sentando na cadeira a minha frente. Ele,

às vezes, permanecia em silêncio, em outras ocasiões murmurava palavras nas quais eu não conseguia encontrar um sentido, pois eram monossílabos, dissílabos, palavras incompletas, pronunciadas às vezes em tom de cochicho, como se fossem uma revelação de algo importante para Ateneu que ele queria me contar. Ele só se expressava de forma compreensível para mim quando precisava de alguma coisa, e dentre elas, o pedido de um cigarro, que se repetia, muitas vezes, em um mesmo dia.

Nas assembléias com os demais moradores, Ateneu sentava-se ao meu lado, normalmente mantendo-se em silêncio, fumando o seu cigarrinho que parecia ter para ele um efeito tranquilizador. Ao escrever sobre Ateneu e sua relação com o cigarro, lembrei-me de Salete, moradora de um Residencial da região sudeste que comentou comigo: “O doente mental fuma a sua angústia”! Estaria ele pedindo algo que transformasse a sua angústia em fumaça?

Eu gostava muito de Ateneu e lembro-me da minha apreensão quando ele adoeceu e foi transferido para a enfermaria clínica do hospital. Diante do risco de morte que passou a correr, procurei acompanhá-lo, junto com a auxiliar de enfermagem, para que ele tivesse melhores cuidados no hospital geral, para onde foi encaminhado em função da gravidade de seu estado de saúde. Nesse acompanhar, não estava ali exercendo a função de psicóloga. Eu não queria que Ateneu morresse.

Esse homem, de quem lembro agora, costumava dar nomes às pessoas com quem se relacionava, nomeando-me como “lobisomem da terra”. Não entendia por que ele estava sempre “atrás do lobisomem”. Ao me encontrar, costumava me acompanhar/seguir aos lugares por onde eu circulava dentro do hospital. Às vezes, eu precisava pedir licença a ele, para que saísse do recinto. Lembro de um dia, quando entrei na sala dos recursos humanos do hospital, da estranheza com que me olhou o funcionário ao ver Ateneu sentado ao meu lado enquanto eu tratava de assuntos funcionais. Ateneu era minha sombra.

No entanto, nosso convívio pacífico podia e era invadido pela entrada “sem avisar” das cobras que “avançavam” nele, e mesmo eu estando ao seu lado, mantinham-se fora da minha visão. Quando “elas chegavam” Ateneu corria, gritando: As cobras! As cobras! Em outras ocasiões, eram os bicudos que o atormentavam. Ele então se aproximava desesperado por causa dos “bicudos”. Às vezes, os dois personagens de “filme de terror” de Ateneu apresentavam-se para ele

como em dupla, não tão pacífica, aumentando a minha angústia diante de seu pavor e sofrimento. Em relação a essas passagens no convívio com a loucura e o que elas podem nos suscitar, trago as contribuições de Ramalho (1993). Segundo ela, a loucura evoca em nós o indizível, o fascínio e o horror por reportar aquilo que resguardamos. Assim a ludibriamos, brincamos num “faz de conta de criança”, como se ela não nos pertencesse, estando somente do outro lado, o de dentro dos muros do manicômio.

O desespero de Ateneu, diante das “cobras e bicudos” e seu pedido de ajuda colocavam-me diante de uma sensação de impotência. Para essas ocasiões, “quando as cobras chegavam”, um dos recursos era o uso dos antipsicóticos prescritos pelo psiquiatra, como meio para oferecer a ele alívio, pois diante “das cobras e bicudos” as intervenções verbais pareciam não confortar, não aliviar o seu desespero. Mas, mesmo assim eu procurava estar ali, até onde eu me permitisse. O que aparecia para Ateneu era para mim algo invisível e também insuportável.

Uma possível resposta para a angústia vivenciada nos meus encontros com Ateneu e suas visões, acho na mesma autora, quando nos diz: “O insuportável suscitado pela loucura é o que ela justamente revela de nós mesmos. Este é o horror. Horror de perdermos o que nos sustenta como sujeitos e que nos possibilita responder à questão fundamental: quem sou eu?” (RAMALHO, 1993, p. 53).

Intrigada, na época comentei com um amigo sobre o que seriam “os bicudos”. Ele me explicou que os bicudos eram pássaros que destroem as plantações. A partir dessa revelação, passei a achar um possível sentido para a invasão das aves no cotidiano da vida de Ateneu, pois ele era agricultor e seu primeiro surto se deu por ocasião da perda da safra onde trabalhava no interior do Rio Grande do Sul. Depois disso ele passou a ser um desempregado. Os bicudos eram os responsáveis pela condição de ócio de Ateneu.

Nesse diálogo com a loucura, ao perceber que o que ele via estava “fora da minha visão” e que muitas de suas palavras eram “carentes de um sentido” em minha percepção, houve um entendimento que demarcou nossa relação. Ateneu possivelmente também não “enxergava” algumas coisas que eu desenhava em pensamentos meus “cheios de razão” que, para mim, existiam como “realidade; entre nós, também havia uma demarcação de posições oriundas dos “estranhos murmúrios”, que infringiam os domínios da fala e da linguagem sinalizados pelo pensamento cartesiano. Em sua “desrazão”, Ateneu, naquela época, chegou em

desvantagem quanto às possibilidades de viver no território urbano. Ele não saiu do hospital e, se fosse para um Residencial, possivelmente a sensação de impotência diante dele permaneceria, caso os bicudos e cobras invadissem o seu campo de visão no convívio fora dos muros do hospital. Talvez o anúncio dessas imagens não fosse bem recebido pelos moradores das “cidades da razão”.

Em tempos de Renascença, Ateneu, quem sabe, estaria a fulgurar em peças teatrais sendo, aqueles “[...] que contava a verdade [...]” (FOUCAULT, 2002c, p. 238), sem ter a princípio a consciência de sua revelação. Nesses diálogos com o “passado”, o louco passaria a ser “[...] aquele que sabe muitas coisas do que aqueles que não são loucos: ele tem uma visão de uma outra dimensão.[...] A verdade transparece através dele,mas ele não a possui.” (FOUCAULT, 2002c, p. 239). O que seria a loucura, então? Depende do tempo, dos diferentes tempos históricos em que ela se insere.

Em outros tempos (tantos tempos), Ateneu seria um homem perigoso e/ou incapaz. Mas quem era o Ateneu que vagava pelos manicômios do Sul? Em nosso convívio ele era uma pessoa doce e meiga, contrariando os possíveis ditos em relação a sua periculosidade; ao mesmo tempo ele era um homem incapaz, tão incapaz que não conseguiria nem “matar uma mosca!”

A partir da história de tantos outros Ateneus, podemos pensar que a noção de perigo, suscitado diante da possibilidade de convívio com os “loucos” está justamente no horror de olharmos a nossa loucura, de perdermos o que nos sustenta enquanto sujeitos, pois afinal ele ainda encontra-se institucionalizado no hospital.

Ateneu era um homem que se apresentava com certa empáfia, e assim, esnobava ternura, resistindo até ao excesso de neurolépticos ao longo dos anos, o que eu percebia em nossas conversas e/ou até mesmo no caminhar dos passos ritmados em busca das baganas de cigarro no hospital.

Mas diante de tantas posições construídos em relação à loucura ao longo dos tempos, poderíamos pensar que ela não existe?

Dizer que a loucura não existe, seria dizer a Ateneu que o seu sofrimento, ao sofrer a invasão das “cobras e dos bicudos” em seu corpo, é algo sem fundamento ou apenas que sua visão do mundo não estaria em “perfeitas condições.”

Ateneu tem em torno de vinte anos a mais do que eu. Se me conhecesse nos tempos de criança, talvez, não entendesse o “toque de recolher”, quando eu e meus

primos disparávamos dos fundos da casa de minha avó, na frente do quartinho, onde funcionava a marcenaria de meu tio Alexandre. Nas brincadeiras de esconde-esconde ninguém ousava entrar ali, tamanhos os perigos daquele lugar.

Achava meu tio um homem muito corajoso e não entendia a tranqüilidade dele, quando ali trabalhava, na companhia de “todos os mistérios e bichos monstruosos” que o quartinho guardava.

Eu, sempre que ia à casa de minha avó, e já adulta, chegava à frente do quarto dos mistérios, “dar uma olhadinha.” À medida que eu crescia, os mistérios do quarto pareciam menores, mas mesmo assim ao visitá-lo o tal quarto me “impunha respeito.”

Lembro um dia, depois de meu afastamento da casa em função do falecimento de minha avó, minha surpresa ao visitar a casa e descobrir que a pequena marcenaria tinha sido fechada e com uma reforma, tinha sido transformada em mais um aposento para moradia. Achei um abuso mexer no quartinho de ferramentas! Deveria ter havido uma “reunião dos primos” e uma assembléia para saber se podiam tirá-la de lá. Parecia que “mexeram em mim”, ao desmancharem a pequena marcenaria.

Que será que Ateneu acharia disso tudo? Mas, antes de pensar alguma coisa, tenho que dizer: “Que saudades do Ateneu”, como quem diz “que saudades do quartinho dos fundos!” Dessa semelhança com Ateneu e suas visões e os perigos do quartinho dos fundos, o que se configura neste encontro é que “[...] a loucura faz parte doravante de nossa relação com os outros e conosco mesmos, assim como a ordem psiquiátrica atravessa nossas condições de existência cotidiana.” (FOUCAULT, 2002b, p. 326). E, desses lugares, na relação com o outro, com nós mesmos e as cidades que irei discorrer sobre a loucura nesta tese.

Para pensarmos na existência da loucura e seus (des)encontros com a cidade, retomo a discussão sobre os interstícios e os possíveis (des)encontros na desinstitucionalização em curso no território brasileiro e trago Maria da Praça e Toinho, moradores da região centro-oeste e sudeste, personagens de narrativas e vidas que os posicionaram como os “loucos da cidade.”

Maria da Praça, como seu nome diz, vivia a contemplar os passantes em uma praça localizada no centro de uma cidade do Mato-Grosso. Os profissionais de Saúde Mental contam-me da mulher e de seus passeios por aquela área da cidade, quando eles eram crianças e dos receios despertados diante daquela “entidade”.

Maria tinha (tem) por costume tocar nos órgãos sexuais dos passantes. Em minha visita ao Residencial onde vive, ela se aproveita de um momento de distração minha para levantar a barra de meu vestido, parecendo divertir-se com meu desconforto.

Aquela mulher, tida como de muito carisma pelos moradores da cidade, foi retirada da praça na década de trinta, sendo transferida para a chácara dos loucos nas margens do município. Ali viveu em meio de “moribundos”, de “inimigos da ordem pública” e de diversas pessoas institucionalizadas por diferentes motivos, prática muito similar à grande internação no século XVII que narra Foucault (1995). Na década de noventa, Maria da Praça passou a habitar um hospital psiquiátrico construído na cidade, em um momento histórico de intenso debate no país, em relação ao fim dos manicômios e a substituição destes por uma rede de atenção integral em Saúde Mental.

Em 2004, em virtude do fechamento do Hospital Psiquiátrico onde Maria morava, ela passou a viver em um Residencial Terapêutico. Nesse local, ela costuma passar os dias sentada no pátio interno por onde passam os moradores e funcionários da casa, que lembra, pela sua disposição, uma “pequena praça”. A casa possui um muro alto; a saída se dá por uma porta com uma única chave que está sob o controle das cuidadoras responsáveis pelo Residencial.

Assim, Maria, figura pitoresca, cuja vida transitou por diferentes pontos da cidade, no mapa da exclusão da loucura, sai da ociosidade da praça, é levada para a chácara dos loucos e, depois, para o hospital psiquiátrico. Sua vida é marcada por diferentes lugares, morando nos últimos quatro anos num Serviço Residencial Terapêutico. No entanto, Maria não tem a opção de voltar para os bancos da praça, já que não pode, até o momento de minha passagem, estar nesse lugar, pois as condições de saída para os moradores do seu Residencial reduzem-se às atividades de lazer organizadas pela equipe e para a realização de atendimentos de saúde.

O cerceamento de Maria faz-me pensar sobre o fio tênue que separa e diferencia este morar em um Residencial, do morar no cárcere privado de um casebre. Mais ainda, faz-me interrogar sobre a forma de constituição dos Serviços Residenciais no Brasil.

Ao recordar-me do olhar histórico que Foucault lança em relação à loucura, presencio durante esta pesquisa, a existência de diferentes formas de lidar com a loucura construída ao longo dos séculos.

Contudo, mesmo que existam diferentes significações em relação à loucura, o que não se distingue é o movimento de exclusão direcionado às pessoas que infringem qualquer um dos domínios mencionados de início, dando contornos ao mapa da exclusão construída durante séculos, através do reconhecimento da loucura em seu habitat. Tal modo de agir chama a atenção para as maneiras como esses domínios vem operando no processo de reversão do modelo hospitalocêntrico e de “inclusão” dessas pessoas nos espaços da cidade.

Esta parece reconhecer algo de especial em Maria, ao presenteá-la, inaugurando um serviço de Saúde com seu nome. Talvez um pedido de desculpas ou uma forma de “matar a saudade” de sua presença na cidade. Maria da Praça recebeu do prefeito a promessa de que, quando ela morrer, será construído um busto seu na praça! E Maria, por que não pode estar na praça? Isso me leva a uma nova pergunta: como pode, em tempos de Reforma Psiquiátrica, Maria só ter o direito de voltar à praça como estátua? A história de Maria da Praça, antiga moradora da cidade que desperta afeto na comunidade, nos autoriza a pensar sobre as questões relativas à constituição dos Serviços Residenciais Terapêuticos no Brasil e sobre a fragilidade desse “encontro” da loucura com a cidade.

Vamos, agora, saber da experiência de vida de Toinho, testemunhada na região sudeste do país. Ela quiçá nos ajude a pensar nesse encontro da loucura com a cidade. Toinho, assim como Maria, gostava de passar o dia contemplando os passantes numa praça do município onde reside. Um dia foi parar no hospital psiquiátrico do qual saiu para viver em um Serviço Residencial Terapêutico. Da janela da cozinha dessa nova morada, Toinho pode enxergar uma imensa praça. Talvez “relembrando os velhos tempos”, diariamente, após o café da manhã, saí de “casa” para ficar nos bancos da praça, retornando apenas nos horários das refeições e ao anoitecer.

Diante desta situação alguns moradores do bairro entraram em contato com as pessoas da casa para reclamar da presença de Toinho, “acusando” a equipe do Residencial de “tirá-lo do hospital para abandoná-lo na praça.” Jurema, a técnica responsável pela casa, explica que ele não estava abandonado ali e que recebia cuidados e que Toinho “gosta de passar o dia na praça”, que essa era uma escolha dele. Segundo conta Jurema, um dia Toinho pegou uma vassoura e passou a varrer a praça, passando a cuidá-la diariamente. A partir dessa decisão, ele toma para si a tarefa de cuidar da praça e, com isso, além de ganhar da equipe uma vassoura nova

e mais adequada para a tarefa, ele sai da condição de ociosidade, tendo uma função e passando a ser conhecido na cidade como o responsável pelos cuidados da praça. Toinho passa a manter uma relação amistosa com os vizinhos e seus cuidadores, que costumam brincar com ele que a prefeitura “não tem pago seu salário.”

As experiências de Maria e Toinho nos apontam, nesses percursos nas regiões do país, diferentes modos de lidar com as situações do cotidiano da vida dos usuários nos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e da sua relação com a cidade. Um mantém o modelo que privilegia a exclusão dos ociosos, outro oferece outro lugar, retirando-os da condição de incapacidade. Assim, ao mesmo tempo em que a cidade parece ainda denunciar os que vivem na condição de ociosidade (como os vizinhos que buscaram a equipe do SRT ao encontrar diariamente Toinho na praça), essa mesma cidade pode aceitá-los na convivência diária quando vinculados às atividades próprias da sua cotidianidade, ou seja, um comportamento dentro da “normalidade”.

As experiências de Ateneu, Toinho e Maria demonstram diferentes formas de lidar com a “loucura” em tempos de Reforma Psiquiátrica. Para pensarmos nas formas de cuidado narradas a partir das experiências desses usuários, marcadas por diferenças, mas também por “continuidades” em cada instituição e em distintos momentos, torna-se imprescindível conhecer e analisar os movimentos que traçaram e traçam as atuais modalidades de atenção em Saúde Mental no território brasileiro. Neste percurso, transitarei pelos movimentos internacionais e nacionais implicados na desinstitucionalização da “loucura” e, em cada “parada” nas regiões brasileiras, vou procurar conhecer, conviver, conversar e pensar com os usuários e os profissionais dos Residenciais, visando construir, nessa interlocução de vozes e olhares, um texto através do qual se (re)pense o viver nas cidades. No entanto torna-se fundamental, antes de abordar os diferentes movimentos de desinstitucionalização da loucura, trazer para a reflexão na próxima seção, como estou vendo a escrita desta pesquisa: o meu lugar de investigadora/narradora/cartógrafa/viajante; os protagonistas e suas narrativas; as ferramentas teórico-metodológicas e o corpus da pesquisa.

## 2 OS (DES) CAMINHOS DA CONSTRUÇÃO DA PESQUISA

Início esta escrita de cunho metodológico da pesquisa narrando sua construção. Larrosa (2003, p. 110), ao fazer uma reflexão sobre a escrita e a leitura acadêmica, coloca de modo provocativo: “a academia é alérgica ao riso, à subjetividade e à paixão”.

Invoco sua provocação, pois, no (des)fazer da elaboração deste texto, interroguei-me sobre a forma de sua escrita, reduzi palavras, extrai outras tantas, busquei sinônimos que se situassem, acredito, o mais próximo possível da ordem do discurso acadêmico, tentando, de algum modo, desconfigurar a paixão de meu encontro com os usuários – os nomeados loucos –, hoje, moradores em Residenciais Terapêuticos e, ainda, em hospitais psiquiátricos<sup>9</sup>.

No entanto, o próprio Larrosa (2002, p. 21) nos incita a pensar sobre o uso das palavras:

Quando fazemos coisas com as palavras, do que se trata é como damos sentido ao que somos e ao que nos acontece, de como correlacionamos as coisas, de como nomeamos o que vemos e o que sentimos e de como vemos ou sentimos o que nomeamos. [...] não são atividades ocas ou vazias, não são mero palavrório.

Como tratar o meu objeto de pesquisa – a vida dos usuários nos Residenciais Terapêuticos – na relação entre a escrita, o pensar acadêmico e as experiências vividas com a “loucura” na passagem dos usuários para a cidade? Devo contar essa experiência desprovida da emoção, dos sentimentos que invadem o profissional e o usuário nesse encontro? Será este o ocultamento que o texto acadêmico nos exige?

Na tensão de moldar à escrita acadêmica os caminhos e os (des)encontros dos “loucos” com as cidades, travou-se, em mim, uma luta carregada de questionamentos quanto à maneira de narrar a vida dessas pessoas: como ouvir a esse outro, com um olhar atento a não captura e dominação? Ao colocar que a loucura está na relação com o outro e com nós mesmos na seção anterior, interrogo se seria possível falar dela “sem ela”, e/ou diante do que ela evoca em nós discorrer com a “neutralidade” em busca de um pretenso “discurso acadêmico”?

---

<sup>9</sup> Mais adiante, nesta seção, apresentarei mais detalhadamente os atores, narradores e narrados, que integram a pesquisa.

Nesse diálogo sobre a loucura na escrita acadêmica, a cada releitura das produções, a sensação de desconforto com relação a sua forma ia acentuando-se, pois, retomando Larrosa (2002, p. 110), “[...] quem ler Nietzsche sem rir escreverá uma tese de doutorado – como também escreverá uma tese de doutorado quem talvez ria quando lê Nietzsche, mas escreve ocultando esse riso, como se não houvesse rido [...]” Pois o meu texto, mesmo com o esforço de jogar com as palavras, não conseguia de forma alguma ocultar o riso, o choro, a perplexidade nos encontros...

Nesse embate, algumas questões tornaram-se centrais para pensar a construção do texto:

De que lugar narrar? Benjamin (1996, p. 205) traz uma possível superação para essa divisão, ao falar da narrativa como: “[...] uma forma artesanal de comunicação que mergulha a coisa na vida do narrador para em seguida retirá-la dele. Assim se imprime na narrativa a marca do narrador, como a mão do oleiro na argila do vaso.”

A essa, outra questão torna-se importante: como narrar? A esse respeito, Benjamin (1996) fala do fim da narração tradicional, apontando para a necessidade de que se recupere a capacidade narrativa. Ao discutir os pensamentos de Benjamin sobre a narrativa, Gagnebin (2004, p. 90) diz que o autor esboça

“[...] a idéia de uma outra narração, uma narração nas ruínas da narrativa, uma narração entre os cacos de uma tradição de migalhas, abandonando a idéia de construção de uma grande narrativa épica, heróica, de continuidade histórica”.

E, em relação a posição do narrador, Gagnebin (2004) propõe que ele ocupe o lugar do *sucateiro*, isto é, aquele que traz os restos, aquilo que parece sem significado e fora da história oficial.

É dessa posição que disponho minha forma de narrar e lidar com as narrativas que vão compor esta pesquisa. Ao ouvir e contar histórias, as narrativas dos moradores nos Residenciais e dos profissionais do campo da Saúde Mental precisam invadir o texto e, nele, traçarem os contornos de uma história descontínua, tramada no entrelaçamento de nós possíveis entre diferentes momentos e situações. Na narrativa, [...] “os fatos históricos podem estar separados por milênios, cabendo ao historiador renunciar a desfiar entre os dedos os acontecimentos, como as contas

de um rosário” (BENJAMIN, 1996, p. 232). Assim, não pretendo trazer para o texto as narrativas de forma cronológica, mas colocá-las em diálogos de forma a narrarmos e construirmos “fatos históricos” mundanos, que foram acontecendo no transcorrer da vida e convivência entre pessoas, mas, talvez, imprescindíveis para pensarmos de outro(s) modo(s) nossas relações com a “loucura”.

Ao tecer uma radical crítica à história contada de forma linear, que estabelece uma relação causal entre os fatos, Gagnebin (2004, p. 99) vai dizer que: “[...] acolher o descontínuo da história, proceder à interrupção deste tempo cronológico sem asperezas, também é renunciar ao desenvolvimento feliz de uma sintaxe lisa e sem fraturas”. Nesse sentido, o olhar que vou procurar lançar para as histórias contadas sobre o lidar, o viver, o conviver com a “loucura” não vai procurar nem a veneração e nem um “final feliz”, mas deixar e fazer falar o viver e aquilo que foi dito pelos protagonistas envolvidos nas passagens dos hospitais para os Residenciais, procurando “fugir” do “juízo” do conhecimento dito “verdadeiro”.

Contudo, nesse processo de escrita narrativa, penso ser crucial a interrogação sobre a paixão. Como “esconder” a paixão? Para Benjamin (1996, p. 221), “[...] o narrador é o homem que poderia deixar a luz tênue de sua narração consumir completamente a mecha de sua vida, [...] seu dom é poder contar sua vida; sua dignidade é contá-la inteira”.

Paixão, riso e choro não são sentimentos que fazem parte da vida? Como posso deixá-los de fora das narrativas que estarão, aqui, contidas? Não são os sentimentos que, também, atravessam o ato de conhecer?

Foucault (1986, p. 30), ao falar sobre a maneira como os historiadores lidam com o seu olhar na história tradicional, nos diz que eles “[...] procuram, na medida do possível, apagar o que pode revelar, em seu saber, o lugar de onde eles olham o momento em que eles estão o partido que eles tomam – o incontrolável de sua paixão”.

Numa outra direção, o filósofo nos fala do *sentido histórico* a partir de Nietzsche, assinalando um outro olhar para o historiador, em que ele (FOUCAULT, 1986, p. 30):

[...] olha de um determinado ângulo, com o propósito deliberado de apreciar, de dizer sim ou não, de seguir todos os traços do veneno, de encontrar o melhor antídoto. Em vez de fingir um discreto aniquilamento diante do que ele olha, em vez de aí procurar sua lei e a isto submeter cada um de seus

movimentos, é um olhar que sabe tanto de onde olha quanto o que olha (FOUCAULT, 1986, p. 30).

Nessa perspectiva histórica de olhar, a história será “[...] efetiva’ na medida em que ela reintroduz o descontínuo em nosso próprio ser” (FOUCAULT, 1986, p. 26), mostra-nos a multiplicidade de acontecimentos, acasos e lutas que nos constituem. Assim, esse saber histórico não é feito para “[...] compreender, ele é feito para cortar [...]” (FOUCAULT, ‘1986, p. 28), para mostrar que o que vemos e tomamos como natural não passam de “[...] invenções [...]”<sup>10</sup> humanas das quais se desconhece as regras e as coordenadas originárias.” (FOUCAULT, ‘1986, p. 28).

Nesse narrar, é preciso deslocar o olhar, pois, afinal, a vida “[...] não inclui apenas a própria experiência, mas em grande parte a experiência alheia. O narrador assimila a sua substância mais íntima aquilo que sabe por ouvir dizer.” (BENJAMIN, 1996, p. 221). Assim, o narrador tem o papel de catalisar essa rede de narrativas, ocupando espaços, fazendo articulações entre os diferentes narradores que integram o texto.

A paixão, aí, não se transmite de forma unilateral; ao contrário, pois, segundo Larossa (2002, p. 19), “[...] o sujeito apaixonado não está em si próprio, na posse de si mesmo, no autodomínio, mas está fora de si, dominado pelo outro, cativado pelo alheio [...]”.

A paixão, o riso, o choro na escrita, no encontro com a “loucura”, nessa perspectiva, tornam-se narrativas de diferentes vozes, que se deixam, no narrar, “[...] consumir completamente a mecha de sua(s) vida(s).” (BENJAMIN, 1996, p. 221).

Deleuze e Guatarri (2004, p. 11), ao falarem de sua escrita a dois do Anti-Édipo, referem o lugar que ocuparam entre os diferentes autores presentes em sua obra, já que:

[...] como cada um de nós eram vários, já era muita gente. Utilizamos tudo o que nos aproximava, o mais próximo e o mais distante, aonde ambos chegaram a ponto de se localizarem no seu discurso como não sendo mais nós mesmos. Fomos ajudados, aspirados, multiplicados.

---

<sup>10</sup> Segundo Foucault (1999), ao utilizar a palavra invenção, Nietzsche tem em mente opor-se a palavra origem num sentido metafísico. Para Nietzsche, a invenção é uma ruptura e, também, “[...] algo que possui um pequeno começo, baixo, mesquinho, inconfessável.” (FOUCAULT, 1999, p. 15).

Que narradores serão eleitos para integrarem esta pesquisa como atores/autores desse contar?

Neste contar, que compõe a escrita deste texto, apresento-me como aquela personagem investigadora/narradora cuja narrativa se constrói e reconstrói na interlocução com o(s) outro(s). Ao trazer outros protagonistas – os usuários, os cuidadores e gestores que participam (e participaram) da passagem da vida do hospital para a cidade, pretendo trazer os sentidos que essas pessoas foram construindo em suas experiências nessas situações (CONNELLY, MICHAEL e JEAN, 1995).

Nesse momento do texto, penso ser importante localizar o leitor nos caminhos que foram sendo traçados e trilhados na pesquisa<sup>11</sup>, que, inicialmente, se propunha a conhecer as experiências de ex-internos e de profissionais do campo da Saúde Mental de um Hospital Psiquiátrico do Sul, na passagem para o viver na cidade de Porto Alegre.

Aquele ensaio da pesquisa mostrou que, associadas às condições de hospitalismo desencadeadas pelos longos anos de institucionalização dos usuários nos hospitais psiquiátricos, a cidade oferecida a essas pessoas tornara-se para um lugar de riscos, medos, rejeições, relações efêmeras e, para outros, lugar de encontros, esperanças, amizades. As experiências narradas naquele estudo sobre a vida em um Serviço Residencial Terapêutico, em minha trajetória enquanto trabalhadora de Saúde Mental no sul do país levou-me a pensar na complexidade de que trata o retorno da “loucura” para o espaço urbano. Interroguei-me, também, sobre como andaria essa passagem, do hospital para a cidade, que (des)caminhos e bifurcações estariam acontecendo, em outras regiões do país.

Assim, o problema de pesquisa tomou outra dimensão: como vivem e convivem, na cidade, ex-usuários de hospitais psiquiátricos do Brasil?

Para conhecer as condições e os processos implicados na passagem dos usuários, dos hospitais para as cidades, no território brasileiro, inscrevi e submeti o Projeto<sup>12</sup> de pesquisa, com sua proposta ampliada, ao Ministério da Saúde. A

---

<sup>11</sup> Estou referindo-me ao Projeto de Pesquisa de Mestrado aprovado com passagem direta para o Doutorado.

<sup>12</sup> A pesquisa passou a integrar o Projeto de Pesquisa: “*Os (Des) Encontros da Loucura com a Cidade*”, financiado pelo Ministério da Saúde, através de convênio firmado entre o Fundo Nacional de Saúde e Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

aprovação do Projeto levou-nos a decidir, em conjunto com a Coordenação da Área Técnica de Saúde Mental/DAPES/SAS/MS, além da de minha trajetória profissional as outras quatro cidades, com o propósito de traçar um mapeamento dos diversos movimentos que foram acontecendo com a Reforma, no Brasil. Nessas “paradas” do percurso, por um período de vinte e cinco (25) a trinta (30) dias em cada cidade, busquei conhecer as Coordenações Gerais de Saúde Mental e suas equipes, a rede de serviços em Saúde Mental, tendo como corpus deste estudo, como vivem e convivem as pessoas nos Residenciais Terapêuticos em seus (des) encontros com a cidade.

A definição dos municípios, cujas experiências comporiam a pesquisa, teve como critério conhecer os Residenciais Terapêuticos com diferentes graus de autonomia, os de tipo I, tipo II e aqueles onde os moradores têm “autonomia” para viver em casas na cidade. A seguir descreverei as características desta modalidade de atenção, retiradas de forma integral, em cartilha do Ministério da Saúde, informativo do ENCONTRO NACIONAL DE RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS (1, Rio de Janeiro, 2004).

Na cartilha são especificadas características dos Residenciais do tipo I: “[...] o suporte focaliza-se na inserção dos moradores na rede social existente (trabalho, educação, lazer).” (ENCONTRO, 2004, p. 10).

O acompanhamento na Residência conforme recomendado nos programas terapêuticos individualizados e também pelos agentes comunitários dos PSFs, quando houver. Devem ser desenvolvidas junto aos moradores, estratégias para a obtenção de moradias definitivas na comunidade. Esse é o tipo mais comum de residências, onde é necessário apenas a ajuda de um cuidador: pessoa que recebe uma capacitação para este tipo de apoio aos moradores: trabalhadores do CAPS, do PSF de alguma instituição que faça parte do cuidado específico ou até de SRTs que já pagam um trabalhador doméstico de carteira assinada com Recursos do De Volta para Casa. (ENCONTRO, 2004, p. 10).

Em relação aos Residenciais de tipo II, consta no documento:

O Residencial é a casa dos cuidados substitutivos familiares desta população institucionalizada, muitas vezes por uma vida inteira. O suporte focaliza-se na reapropriação do espaço residencial como moradia e na inserção dos moradores na rede social existente. Constituída para clientela

---

carente de cuidados intensivos, com monitoramento técnico diário e pessoal auxiliar permanente na Residência, este tipo de Residencial pode diferenciar-se em relação ao número de moradores e ao financiamento, que deve ser compatível com recursos humanos 24 horas por dia. (ENCONTRO, 2004, p. 10)

No planejamento do estudo, na reunião com o Ministério da Saúde, propomos incluir as experiências de pessoas que vivem em casas independentes, dispendo de autonomia que prescindia da presença de profissionais de forma sistemática em sua moradia.

Na proposta inicial da pesquisa, enviada ao Ministério da Saúde, a região norte não fazia parte da mesma, visto que ainda não tinha experiências em SRTs. No entanto, nas discussões comuns sobre a pesquisa, levantou-se a seguinte questão: se não existem Residenciais, como vivem estas pessoas ou “para onde” foram os egressos do hospital? Poderíamos pensar que ainda estão institucionalizadas nos hospitais psiquiátricos, no entanto a experiência do Norte, segundo Rogélio Casado, ex-diretor do único hospital psiquiátrico existente no Estado em que vive a superlotação da instituição, ocorreu na década de oitenta, chegando a no máximo trezentas pessoas internadas e que atualmente moram quarenta e uma pessoas na instituição. Outro dado do Ministério da Saúde que nos chama atenção é o de que nos Estados da região norte do Brasil, a concentração de leitos psiquiátricos é a menor do Brasil, e analisando os dados quantitativos de ocupação de leitos/ habitantes da região, observa-se que há um processo de institucionalização da loucura diferenciado comparado às demais regiões de país, instigando-nos a incluir o norte do Brasil no estudo.

Nessas diferentes regiões passei a ocupar o lugar de investigadora/viajante, que se propõe a atuar como:

[...] narrador sucateiro – aquele que deve apanhar tudo aquilo que é deixado de lado como algo que não tem significação, algo que parece não ter importância, nem sentido, algo com o que a história oficial não saiba o que fazer. (GAGNEBIN, 2004, p. 90).

Uma questão tornou-se central: que ferramentas levar na bagagem, para “capturar” os múltiplos aspectos das vidas a serem “olhadas” por mim? Assim, além dos livros com os autores que me serviram de bússolas para o “olhar”, o pensar e o escrever, levei instrumentos para registrar “tudo”: o gravador, as vozes; a máquina fotográfica digital, as imagens e as cenas; o caderno e o lápis, os escritos; e o note

book, o “diário de bordo” onde armazenei o que fui registrando e percebendo a cada dia.

Todavia, para além desse aparato tecnológico, precisei pensar como usá-lo, e articulá-lo, quando necessário, e conforme forem ocorrendo situações e os questionamentos no fazer da pesquisa, num pesquisar fazendo-se no percurso de acompanhar as passagens do manicômio para a cidade, ao anotar os restos, reunir as sucatas, que parecem escapar da ordem do discurso vigente, e os elementos da “[...] sobra do discurso histórico.” (GAGNEBIN, 2004, p. 90).

Quais seriam essas sobras do discurso histórico? Para Gagnebin (2004, p. 90), ao reportar-se à obra de Benjamin, “[...] em primeiro lugar o indizível.” Assim, no “diário de bordo”, procurarei registrar e nomear o que não pode ser dito, o que não pode ser escutado na transcrição do material coletado, bem como “[...] aquilo que foi tão bem apagado que mesmo a memória de sua existência não subsiste, aqueles que desapareceram por completo que ninguém se lembra seu nome”. (GAGNEBIN, 2004, p. 90).

Pensado o que levar e como olhar, ocorre-me que nesta viagem, aquele que chegará, o peregrino, assim, uma questão que se colocou referiu-se ao como “chegar”? Embora a Coordenação Nacional do Ministério da Saúde tenha enviado uma comunicação oficial, solicitando a autorização dos gestores onde apresentamos o detalhamento do projeto, e a equipe de Saúde Mental do Ministério ter realizado contato telefônico, anunciando a minha “chegada” e o início da coleta de dados, eu era a “estranha”, aquela que carrega em si, marcas – do Sul, da Academia, do Ministério. Contudo, carrego, também, marcas das experiências que vivenciei no Hospital Psiquiátrico, nos movimentos pela desinstitucionalização, na passagem do hospital para a cidade, no que, possivelmente, nos (re)conheceríamos em muitos momentos. A cada lugar, num convívio que me deixe afetar pelos outros, saberei que, também, irei (re)ver a mim – nas experiências que me acontecerão e no encontro com os “nativos” que encontrarei em cada “parada” – nessa busca por conhecer, compartilhar e, se necessário ou possível, suspender o(s) pensamento(s) da “loucura” postos em funcionamento ali.

Em relação a esse “afetar”, trago meu diário de campo no final dos primeiros trinta dias de trabalho na primeira região onde realizei o trabalho de campo deste estudo:

Diário de Bordo Voltando (no avião para Porto Alegre) depois de 30 dias: Estou virada. Esta viagem foi muito intensa. Fiz bons amigos, conheci pessoas muito amáveis, mas me deparei com cenas muito tristes. Doe demais me deparar com algumas coisas.

Em outra cidade, o afetar foi passar o “final de semana comigo”, como trago em meu diário, que mostra as narrativas em relação a uma festa realizada em um Residencial de idosos, localizado na região sudeste:

Festa de Aniversário: Foi linda! Era uma sexta e fiquei o fim de semana contagiada com aquela festa. Era uma esperança na Reforma que acredito. Tinha três vizinhas que chegaram com presentes. Vieram muito bonitas, arrumadas para a festa. Vinham a festa como “vizinhas do bairro” e não para a “festinha dos loucos”. Me avisaram que a missa foi mais tarde e que a maioria das pessoas chegaria mais tarde. Me contaram que depois que saiu a casa lotou!

Este afetar(nos) reportou-me às considerações sobre Swain (1987, p. 173). Segundo o autor, “o olhar histórico é indolor enquanto ele trata de uma matéria, já um tanto quanto morta e enquanto ele visa àqueles que já se foram.” Quando aplicados a nós mesmos, ele torna-se cirúrgico e dói.

Neste “[...] corte [...]”, ao pensarmos, no lugar que a fala do louco tem ocupado desde o século XVII e o monólogo instituído pela Psiquiatria no século XIX, mencionados anteriormente, talvez nos possibilite ver que a história oficial da loucura “[...] não saiba o que fazer.” (GAGNEBIN, 2004, p. 90). Assim fundamentamos nossa escolha em trazer estas vozes silenciadas, delineando nesses sujeitos novos contornos, que possibilitem potencializar suas capacidades narrativas, assim como nos propõe Benjamin (1996).

No percurso do desenho do “mapa da Reforma” trouxe elementos da história da desinstitucionalização da loucura no Brasil, nas quais possivelmente “[...] não se saiba o que fazer.” (GAGNEBIN, 2004, p. 90), afetando-me a cada dia, com as vivências nas caminhadas pela cidade, no contato com outras culturas, nas conversas com os usuários, trabalhadores, com minha orientadora, nas leituras, no espaço terapêutico, se desenhando algo que transbordou a minha vida! Algo que, muitas vezes e ainda agora “não sei muito que fazer!”

A cada percurso nas regiões, nas “paradas” para a escrita desta tese, busquei trazer as tantas histórias e inquietações dos diferentes narradores e saberes no processo de desinstitucionalização no país, buscando “juntar os pedaços” (dos

recortes trazidos pelos narradores para o “desenho do mapa” e os meus, pois afinal estava passando por um “processo cirúrgico”).

Foucault (1986), ao falar dos estudos genealógicos, refere-se à genealogia como uma tática para libertar da sujeição os saberes locais, os saberes ingênuos, os saberes históricos, enfim os saberes das pessoas, desqualificados pelos conhecimentos da erudição ou da cientificidade. O filósofo vai dizer: “[...] chamemos provisoriamente genealogia o acoplamento do conhecimento com as memórias locais, que permite a constituição de um saber histórico das lutas e a utilização deste saber nas táticas atuais.” (FOUCAULT, 1986, p. 171).

Ao falar da força da crítica no acoplamento entre os saberes da erudição e os saberes dominados, Foucault (1986, p. 171) sinaliza para a importância do aparecimento do saber desqualificado, o saber dessas pessoas:

O reaparecimento deste saberes que estão em baixa - saberes não qualificados, e mesmo desqualificados, do psiquiatrizado, do doente, do enfermeiro, do médico paralelo e marginal em relação ao saber médico que de forma alguma é um saber comum, um bom senso mas, ao contrário, um saber regional, local, um saber diferencial incapaz da unanimidade e que só deve sua força à dimensão que opõe a todos aqueles que o circundam - que realizou a crítica.

Dessa perspectiva, trarei os saberes “desqualificados”, saberes baixos, não só os dos usuários, mas também os dos cuidadores e dos gestores, atores na condução da passagem dos usuários, dos hospitais para os Residenciais.

Nessa direção, busquei no diálogo com esses narradores uma escuta atenta e sensível às suas narrativas, mas, também, procurando nessa trama de narrações ver e assinalar possibilidades para serem tecidas outras posições em relação às narrativas sobre a loucura.

Benjamim (1996, p. 114), em seu artigo “Experiência e Pobreza”, chama nossa atenção para o campo de possibilidades das narrativas em seu desabrochar:

Não se deve imaginar que os homens aspirem a novas experiências. Não, eles aspiram a libertar-se de toda experiência, aspiram a um mundo que possam os tentar tão pura e tão claramente sua pobreza externa e interna, que algo de decente possa resultar disso.

Nos rastros das trajetórias nos hospitais, fomos (nós, os narradores “oficiais”) atravessados pela sujeição da vontade do louco, desde os primórdios da grande internação, e pincelados por jatos de vida, que vejo como “resistências” num sentido foucaultiano. Tais experiências colocam como uma das questões centrais para

pensarmos o processo de Reforma Psiquiátrica, se será possível que “[...] algo decente possa resultar.” (BENJAMIN, 1996, p. 114) desse campo de lutas e do ingresso de “novos” atores nas redes de relações criadas a caminho da cidade.

Nesse instigar-se sobre algo decente por vir, penso que o narrar deva escoar de forma livre, “[...] em vez de repetir aquilo que se lembra, deva abrir-se aos brancos, aos buracos, ao esquecido, [...] para dizer, com hesitações, solavancos, incompletudes, aquilo que ainda não teve direito nem à lembrança nem às palavras.” (GAGNEBIN, 2004, p. 91).

Nessa direção, para trazer a voz e ouvir esses atores, usei como estratégia a entrevista aberta, apresentada de certa forma despropositada. Um momento de conversa, no qual se torna fundamental a construção de relações de confiança entre os interlocutores (ZAGO, 2003), a fim de possibilitar o aparecimento do que está silenciado, o não dito, abrindo brechas para os sentidos advindos das vivências e para a (re)construção de outros. Para além de conhecer, ingressar minimamente nos modos de se relacionar com os usuários, seja na convivência nos Residenciais, seja no diálogo com os gestores de cada cidade, é necessário um tempo para a construção de vínculos, de trocas e preparação para os possíveis embates; é preciso não simplesmente passar, mas deixar que algo nos aconteça (LARROSA, 2002).

Em grande parte do percurso, a possibilidade de trocar as experiências vindas de minha trajetória profissional e minhas passagens anteriores com os “narradores da viagem” foi se dando de “mansinho”; em outras paradas, o lugar de pesquisadora vinculada a uma universidade, com parceria do Ministério da Saúde “impediu” uma maior aproximação e, assim, que algo “a mais” nos acontecesse.

Nos muitos encontros de “norte a sul” do país, o que se demarcou foi o acolhimento das pessoas que vieram de lá (do outro lado do muro do manicômio), mesmo diante da “invasão” de sua intimidade, seja nas casas, seja nas nossas conversas. Em uma das regiões, diante do desconforto que a minha presença suscitou nos gestores, provocando-me, por vez, um imenso mal-estar, buscava “refúgio” nos moradores dos Residenciais, que além de trazer as muitas inquietações descritas nesta tese, acalentavam as sensações do lugar de “intrusa” que se dava na relação com os profissionais,

Os encontros iniciais com os usuários, já na elaboração do projeto, sinalizaram também o modo como passei a entender a forma como

“conduziria/seria” conduzida às entrevistas. Na primeira delas, pensei que seria importante para a pesquisa coletar as narrativas dos usuários sobre o período em que moraram no hospital, os momentos da transição até a saída para a cidade, valendo-me, para isso, de entrevistas semi-estruturadas.

No entanto, ao entrevistar Mara (uma ex-usuária de um hospital psiquiátrica do sul, e então, moradora na cidade), percebi que suas narrativas centravam-se no viver fora do hospital. Em um momento da entrevista, interferei com a intenção de retornar às narrativas sobre sua história no hospital. Contudo, nesse movimento de buscar aquilo que eu queria ouvir, senti que, de alguma maneira, eu estava desrespeitando a Mara, rebuscando momentos de sua vida, fazendo-a lembrar possíveis situações difíceis que passou no hospital. Conforme Gastaldo (2002, p. 46): “[...] estas experiências profundamente pessoais são expostas ao investigador que, dependendo da postura que assuma, pode ser um voyeur intelectual.”

Assim, abandonei a proposta inicial de entrevista semi-estruturada, o possível “voyeur intelectual” para o qual minhas perguntas encaminhavam-me naquele momento. Optei por respeitar o momento de vida das pessoas, deixando-as “livres” para narrarem suas experiências no processo de desinstitucionalização, colocando-lhes questões apenas a partir das narrativas trazidas.

Gastaldo (2002, p. 447), em seu artigo “Investigação Qualitativa, Intrinsecamente Ética?”, ao discutir a forma de abordar o entrevistado e sua experiência, destaca que:

A investigação qualitativa quer dar voz aos participantes para que falem do fenômeno em estudo desde a sua experiência, e para fazê-lo, tenta dar liberdade para que o entrevistado conduza o tema da entrevista de acordo com sua vivência e conhecimento.

Em relação à postura do pesquisador, a autora propõe que a pesquisa qualitativa “[...] deva ser constituída por um constante processo autoreflexivo para compreender as implicações éticas que seus métodos podem suscitar.” (GASTALDO, 2002, p. 479).

Em relação aos cuidados éticos, os atores integrantes das caminhadas em direção à cidade, delineando um “mapeamento” da Reforma no Brasil, tiveram suas identidades preservadas através do uso de nomes fictícios, sendo que todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Nesse documento, explicito as intenções da pesquisa e os motivos da entrevista, chamando a atenção

para a possibilidade de o caminhante desistir de participar com o seu narrar enquanto objeto de estudo. Estes encaminhamentos e o projeto foram submetidos e aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Psicologia - UFRGS, ligado ao CONEP/MS.

Contudo a decisão de ocultar os nomes das pessoas nos levou a algumas discussões, já que, assim como Marilda (usuária de região sudeste), tantos outros narradores do processo de desinstitucionalização da “loucura” regozijam-se com a possibilidade de sair do esquecimento, de poder dizer, em alto e bom tom, o seu nome, contar as suas lutas para conseguir sair do hospital e a sua história desviada para o manicômio. Esse acontecimento colocou a nós, investigadores/narradores, diante de um impasse, a necessidade de preservar o que clama por tornar-se público. Isso foi o que percebi nas narrativas de Marilda, que pediu que eu mandasse “um encarte da revista” caso a sua entrevista fosse publicada.

Severina, usuária da região sudeste, no entanto, no decorrer de nossas conversas em sua casa, interrompe uma de suas “revelações” para certificar-se de que nosso encontro ficaria em sigilo. Ela, em outros momentos, participou de entrevistas para jornais e publicações com fotos suas em sua casa, mas nesse momento de sua vida, o desejo de manter-se no anonimato aparece depois de um processo que a tornou pública, em eventos da Saúde Mental, em exposições fotográficas sobre a Reforma Psiquiátrica em sua cidade. Interessante salientar que Severina foi entrevistada por mim na condição de cuidadora em um Residencial onde vive um grupo de idosas, e talvez, o seu “antigo” lugar de usuária, ela queira deixar no “esquecimento”.

Ao falarmos da identificação das pessoas, reporto-me ao uso de fotografias. Ao consultar o comitê de ética sobre a utilização deste recurso, o parecer final retornou sem qualquer menção sobre esta temática. Interpretei que a comissão, da mesma forma, poderia estar sofrendo do mesmo impasse que transcrevi.

Diante das diferentes posições em relação ao publicar ou não as fotos no campo da Saúde Mental, a evidência de usuários que se constrangem com a presença da máquina fotográfica, minha dúvida até o final desta tese, inevitavelmente se deu em meu contrato com as pessoas durante o percurso. Assim, achei prudente não utilizá-las, optando por usar somente imagens de objetos, casas, os lugares da cidade...

Somadas às questões colocadas anteriormente, uma passagem me fez pensar sobre a recusa do uso de imagens dos usuários. Isso se deu, quando vi a apresentação de uma tese sobre Residenciais Terapêuticos onde a pesquisadora usou em sua apresentação as fotos, utilizando a imagem das pessoas em suas casas, na cozinha, no quarto, na cidade onde realizou o estudo. Ao vê-las, constrangi-me, pois aquelas imagens pareciam dizer: olha ele cozinhando, olha ele passeando, olha ele, olha ele, olham, eles podem cozinhar, podem dormir em camas, podem passear etc. A incapacidade aparecia como “pano de fundo” das imagens, as fotos e “os discursos”, durante a apresentação, pareciam “a prova” da capacidade dos moradores dos Residenciais.

Neste estudo, caminhei por bairros de diferentes cidades, onde se localizam os Residenciais e em outros bairros, transitei por lugares nunca caminhados ao acompanhar os percursos dos usuários em suas andanças pela cidade. Caminhei em ruas que me levaram à casa de ciganos, aos “bastidores” de um açougue, a um antiquário, à agência de viagens, e nessas andanças, conheci muitas histórias da loucura contadas por quem “saiu do manicômio” e por quem passou a conviver com os ex-moradores dos hospitais.

Nessa teia de narrativas, em que os usuários se contam e são contados por seus vizinhos, acompanhantes, dos hospitais à chegada aos Residenciais Terapêuticos, buscarei costurar “novas” posições ocupadas por esses atores na trama de discursos vigentes na cidade, onde novas formas de subjetivação borram (ou bordam?) as fronteiras disciplinares do manicômio.

Finalizando esta escrita metodológica, convido os leitores a ingressarem nesta viagem por diferentes regiões do território brasileiro para conhecer e deixar-se afetar pelas histórias que iremos encontrar nos caminhos – das vidas para os manicômios e de volta para a cidade.

### **3 AS TANTAS HISTÓRIAS E MOVIMENTOS DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA: a constituição dos serviços residenciais terapêuticos no Brasil (SRTS)**

Os (des)encontros de Maria e Toinho com a praça da cidade em tempos de Reforma Psiquiátrica no país, levou-me a refletir sobre a necessidade de retomarmos os movimentos da Reforma Psiquiátrica no cenário mundial e no país. Nesta seção, trago e discuto os movimentos precursores, analisando as Conferências de Saúde Mental realizadas no Brasil e seus encaminhamentos em relação ao destino dos egressos dos hospitais psiquiátricos com longo período de internação até a instituição da portaria Nº 106/2000 que cria os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) no território brasileiro.

Para pensarmos sobre a (des)institucionalização dos moradores de hospitais psiquiátricos, torna-se essencial o conceito de cuidado de Saúde Mental. Segundo Sávio (2004), o cuidado baseia-se em duas premissas fundadoras: a primeira, a da liberdade, em negação ao isolamento, e a segunda, a readequação ao convívio social. Para o autor, o cuidado passa “[...] pela capacidade do sujeito operar suas próprias escolhas, seu potencial de estabelecer suas próprias normatizações pautadas em sua história e de forma singularizada (ALVES, 2004, p. 227)”. Ele salienta, também, a necessidade de contrapor o isolamento relegado à loucura, por meio de intervenções que catalisem o retorno dessas pessoas aos espaços sociais.

Os primeiros movimentos, no sentido de contrapor o isolamento relegado à loucura nos hospitais psiquiátricos, deram-se, segundo Desviat (1999), após a Segunda Guerra Mundial. Para o autor:

[...] estas críticas à falácia do asilo não tardaram de se reproduzir, [...] em tempos de crescimento econômico e reconstrução social, de grande desenvolvimento dos movimentos civis e de maior tolerância e sensibilidade para com as diferenças e minorias, que a comunidade cultural, por vias diferentes, chegou à conclusão de que o hospital psiquiátrico deveria ser transformado ou abolido. (DESVIAT, 1999, p. 23).

Inicia-se nos Estados Unidos e Inglaterra o movimento de desospitalização, no qual se privilegiou a criação de serviços de pequena dimensão na comunidade, tendo o caráter de mera transferência de usuários com o objetivo de racionalização de recursos. Ao avaliar a experiência americana, Desviat (1999) aponta as

características deste processo como selvagens, uma vez que os pacientes crônicos externos vinham aumentar o já elevado número de pobres abandonados à própria sorte. Assim, parece que o processo de desospitalização esteve acompanhado, nesse país, pelo aumento de problemas de ordem social nas cidades.

Eliana, cuidadora de um Residencial da região centro-oeste, ao comentar sobre o processo ocorrido em sua cidade, salienta que:

[...] tem muitos que estão jogados na rua, a família não ajuda. Lá no hospital tomavam a medicação certinha, mas quando iam pra casa, a família reclamava que iam pra rua e não queriam tomar a medicação direito. Isso envolve os familiares, elas não têm condições de sustentar, geralmente são de famílias simples que têm que sair para o trabalho, não têm com quem deixar, não têm como pagar alguém;

Reafirmando essa situação, Lia, usuária de um Residencial da mesma cidade, comenta que:

[...] algumas pessoas voltam a morar com a família e não se dão bem, e acabam indo pra rua infelizmente

As colocações de Eliana e Lia apontam-nos a presença de situações de abandono desencadeadas, possivelmente, por encaminhamentos indevidos para as famílias e/ou pela falta de acompanhamento da volta dessas pessoas para o núcleo familiar.

Acrescidas às situações de abandono evidenciadas nos moldes de um processo de desospitalização, cabe analisarmos a forma como Maria da Praça vive no SRT, sem a possibilidade de transitar pela cidade, morando em um local intitulado pelos gestores como “a casa dos crônicos”. A manutenção de seu lugar de doente crônica leva-nos a pensar que este cuidar não perpassa pela mudança de paradigma de atenção em Saúde Mental, tratando-se de um processo que institui o serviço com menores dimensões na comunidade, possivelmente tendo um caráter de mera transferência dos usuários.

Desta forma, há dois limites que questionam o próprio processo de “desinstitucionalização”: por um lado, de “descuido” na atenção desses usuários e suas famílias; por outro, a permanência da figura institucional que mantém um conjunto de práticas e lugares de sujeito: louco, doente crônico, etc.

Ao buscarmos no dicionário o significado da palavra crônico, e no seu sentido médico é assim chamado o lugar da atual moradia de Maria da Praça, encontramos o seguinte significado: “[...] doença permanente no indivíduo. (HOUAISS, 2001, [s. p.]. Maria, então, encontra-se em um lugar de pessoas “de doença permanente”, onde não transitam outras possibilidades de constituir-se enquanto sujeitos que escapem do saber médico, o que legitima o morar nessa casa.

Kinoshita (2001), ao tratar da problemática da cronicidade no contexto da Reforma Psiquiátrica, faz uma revisão bibliográfica do conceito de crônico. Ele traz importantes contribuições, ao apontar que “[...] não encontramos um significado inequívoco para este termo. A busca por uma definição “objetiva” e inquestionável mostra-se infrutífera.” (KINOSHITA, 2001, p. 207). Utilizando-se das leituras de Maturana *apud* Kinoshita (2001, p. 215), o psiquiatra propõe a utilização de uma “[...] fórmula geral para um problema [...]”, em que o “paciente crônico” é inserido em uma dinâmica de relações. Nessa perspectiva, o objeto deixa de ser uma “[...] “doença a ser sanada”, mas uma dinâmica a ser modificada.” (MATURANA *apud* KINOSHITA, 2001, p. 215).

O autor, ao assinalar o contexto em que se utiliza o termo doente mental crônico, salienta que tal distinção nos ocorre próprios profissionais/observadores e que essa noção aparece:

Quando no fluir das interações recorrentes que estabelecemos com os pacientes, não conseguimos estabelecer uma dinâmica de interações que julgamos satisfatórias, nas ocasiões em que julgamos que os pacientes “não respondem” ao “tratamento”. Ou seja, o termo crônico indica o fracasso de nossas interações como profissionais, e não uma propriedade específica do paciente. (KINOSHITA, 2001, p. 216).

Em sua tese, o psiquiatra evidencia a importância de se estar atento ao “[...] esclarecimento da contradição emocional do observador que designa alguém como crônico.” (KINOSHITA, 2001, p. 216). Na experiência italiana de Basaglia em Trieste, onde realizou a sua pesquisa, ficou demonstrado na prática, que superada esta distinção, “[...] a cronicidade de profissionais e pacientes se dissolve em projetos, ações e movimento.” (KINOSHITA, 2001, p. 216).

Nessa perspectiva, a desinstitucionalização, além de propor a constituição de uma rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, tem como seus elementos centrais a desconstrução do paradigma psiquiátrico e a articulação de diferentes saberes em relação à loucura.

As reflexões trazidas por KINOSHITA (2001, p. 216) e o próprio conceito de desinstitucionalização, coloca-nos diante dos possíveis “[...] fracassos de nossas interações como profissionais [...]” ao intitularmos alguém como crônico, ou criarmos Residências Terapêuticas para esse “grupo” de pessoas.

Voltando ao processo italiano, vimos que a Lei n. 180, de 13 de maio de 1978, teve importante função na Reforma Psiquiátrica no mundo, estabelecendo que “[...] os serviços psiquiátricos comunitários, os serviços territoriais, deveriam ser criados para determinadas áreas geográficas e trabalhar em estreito contato com as unidades de pacientes internados, a fim de garantir um atendimento contínuo.” (DESVIAT, 1999, p. 45). Assim, a responsabilidade pelo cuidado e tratamento das pessoas portadoras de sofrimento psíquico passou a se dar na cidade, no caso Trieste, abolindo a condição de abandono fomentada pelas experiências de desospitalização mencionadas anteriormente.

Barros (1994, p. 84), ao retratar o processo de desconstrução do manicômio de Trieste, aponta que, “[...] a supressão do manicômio em prática gerava tensões de toda ordem entre os diversos grupos e posições.” Inevitavelmente, esse processo colocou em suspenso os campos de conhecimento e os setores da sociedade que legitimavam (e legitimam) as práticas ligadas ao pensamento da Medicina e em particular da Psiquiatria.

Basaglia (1991, p. 44) acrescenta que o modelo médico psiquiátrico:

Fala a língua da revelação dos internos, das instituições, o privado da família, da medicina, dos cárceres, do partido: a estes aparatos é exigida uma exibição mais transparente das suas regras, e é neste ponto que as resistências se condensam, pois a exigência parece ser, desta vez realmente excessiva.

Às tensões geradas, somam-se as festas como comemoração ao “[...] fim dos hospitais [...]”, como trouxe Baptista (2009) em seu livro “*O Veludo, o Vidro e o Plástico*.” No lugar de estrangeiro e de viajante/ pesquisador, o autor fala de sua passagem em um final de outono na cidade Ímola- Itália, narrando à celebração denominada “O Sal e as Árvores”, festa que se deu na cidade em comemoração ao fechamento do manicômio Osservanza. Esta festa inspirada pela Lei n. 180 tem como marca o “ritual” de salgar as dependências do antigo manicômio e plantar árvores nos jardins deste hospital que durante cem anos serviu de abrigo para o que

o narrador estrangeiro chama de “[...] moradores da cidadela dos homens sem corpos.” (BAPTISTA, 2009, p. 79).

Baptista (2009, p. 79), ao trazer “[...] a festa [...]” fala de seu encontro nesse dia comemorativo com os moradores que habitavam a cidadela desertora e de seus relatos ao estrangeiro sobre o dia a dia após o gradativo processo desencadeado após a aprovação da lei, aonde Fuzzi, Mafalda, Ângelo, Fabrizio, Loredana, Giovanni, Ida, Cesare, entre outros, [...] falam de novos sopros de ar, mas também da solidão, o medo, descobertos nas casas construídas fora dos muros da antiga moradia.” Todavia, a solidão e o medo não fazem parte do dia a dia das cidades? Dessas teceduras no cotidiano das cidades, mostrarei no decorrer do percurso.

Voltemos nossos olhares para os narradores da experiência brasileira. Na década de setenta, inicia-se um processo similar impulsionado por uma gama de questionamentos em relação à situação de descaso e de abandono das pessoas moradoras nos manicômios, as quais viviam (vivem) em condições sub-humanas. Esse movimento inseriu-se em um momento político importante de contestação do regime militar e de luta pela redemocratização do país.

Conforme Koda (2002, p. 24):

Neste contexto, os Hospitais Psiquiátricos são comparados ao tratamento dado pela ditadura militar aos presos políticos, iniciam-se uma série de denúncias, por parte do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental, da violência existente nos manicômios do país, dando ensejo a projetos de assistência da reforma da assistência psiquiátrica pública.

Deste modo, em meio a um intenso debate interno nas instituições asilares, já na década de oitenta, ocorrem iniciativas de humanização do hospital psiquiátrico. Conforme o Coordenador Nacional de Saúde Mental, Pedro Gabriel Delgado<sup>13</sup>,(2004) por ocasião do ENCONTRO NACIONAL DE RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS (1 : 2004, Rio de Janeiro), consolidava-se naquele momento histórico, o período da reforma dos asilos, “[...] um período importante na história da reforma psiquiátrica do Brasil.” (ENCONTRO, 2004, p. 8). Segundo ele, apesar daquele período apresentar “[...] poucas modificações visíveis a olho nu no sistema

---

<sup>13</sup> Este material foi retirado da transcrição das exposições do I Encontro Nacional de Serviços Residenciais Terapêuticos e do Programa de Volta para Casa realizado pela Coordenação Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde.

hospitalar [...]”, teve sua função como “[...] escola fundamental para a formação de quadros e para o debate dos grandes impasses relacionados aos hospitais psiquiátricos.” (ENCONTRO, 2004, p. 8).

Para Delgado duas experiências marcaram o início da idéia da Residência Terapêutica: uma, a experiência desenvolvida no Hospital Franco da Rocha, no Juqueri, que contou com a criação, nos anos 80, dos chamados “Lares Abridados” e, outra, a experiência de Barbacena com a construção de casas no espaço asilar, que, mesmo localizadas sob o “manto protetor da instituição”, objetivavam a autonomia dos usuários e a melhoria da qualidade de vida dos mesmos. Porém, ele ressalta que, naquele momento, o desafio de humanização e democratização do asilo não dispunha de uma construção teórica de como iríamos, de fato, conseguir atender a todas essas pessoas quando elas saíssem dos hospitais (BRASIL, 2004).

As colocações de Delgado sobre o movimento de ruptura e de crítica ao manicômio apontam novos argumentos que se colocam frente ao desafio de aprofundar e refletir sobre a(s) forma(s) como estão se constituindo as “novas” modalidades de atenção ao portador de sofrimento psíquico.

Bezerra, ao analisar o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira, assinala: “[...] já não se trata de afirmar a necessidade de uma reforma; a questão agora é: que tipo de reforma? Orientada em que direção? Baseada em que premissas?” (BEZERRA, 1999, p. 139).

O CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE MENTAL (2. : 1987, Bauru, SP) constituiu-se em um marco para tal discussão sobre a experiência brasileira. Fundou-se, naquela ocasião, o denominado “Movimento da Luta Antimanicomial”, com o lema “Por uma Sociedade sem Manicômios”, que desenvolveria uma crítica radical aos hospitais psiquiátricos com a participação de diferentes segmentos sociais: entidades e categorias profissionais, familiares e usuários.

Ao nos reportamos às premissas da Reforma Psiquiátrica, trago as contribuições de (LOBOSQUE, 1997, p. 21) que em seu livro “*Princípios para uma Clínica Antimanicomial*”, afirma:

Esta proposta exige por princípio, que tais questões possam ser abordadas, numa linguagem que não pertença a qualquer teoria e técnica “psi” - posto que a pertinência exclusiva dos assuntos da loucura ao mundo “psi” constitui justamente um dos modos principais de sua exclusão da loucura. (LOBOSQUE, 1997, p. 21).

Às colocações de Lobosque (1997) que tratam sobre as experiências com a loucura, assinalo minha decisão de não ingressar em uma pós-graduação em Psicologia, mesmo com ênfase na Psicologia Social, e a opção pelo campo dos Estudos Culturais em Educação para a realização dessa tese. Conforme (COSTA, SILVEIRA, SOMMER, 2003, p. 40):

Os Estudos Culturais não pretendem ser uma disciplina acadêmica no sentido tradicional, com contornos nitidamente delineados, um campo de produção de discursos com fronteiras balizadas. Ao contrário, o que os tem caracterizado é serem um conjunto de abordagens, problematizações e reflexões situados na confluência de vários campos já estabelecidos, é buscarem inspirações em diferentes teorias, é romperem certas lógicas cristalizadas e hibridizarem concepções consagradas.

Se pensarmos que a Reforma Psiquiátrica tem como uma de suas premissas o rompimento com o paradigma (psi)quiátrico e a articulação com diferentes saberes para pensar outros modos de agir em relação à loucura, a confluência de vários campos e a busca por diferentes teorias para analisar um fenômeno, propostas pelo campo dos Estudos Culturais, encontram-se em consonância com os princípios para uma clínica antimanicomial, acenando como possibilidade de tensionamento e reflexão em relação aos modelos psi de intervenção, que, ao contrário da proposta de desinstitucionalização, promovem a exclusão da loucura, conforme aponta-nos Lobosque(1997).

Retomando os movimentos precursores da experiência brasileira, no mesmo período de debates e lutas sobre a situação dos hospitais psiquiátricos, importantes discussões no campo da Saúde Pública aconteciam no país. A CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE (8. : 1986, Brasília) teve como fundamento a proposta da Reforma Sanitária. Posteriormente, foi aprovada a Lei Orgânica de Saúde nº8080/1990, construindo o Sistema Único de Saúde que tem como princípios, a universalidade do acesso, a equidade, a descentralização de recursos e a integralidade da assistência.

A CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL (1. : 1997, Brasília) vem ao encontro dessa proposta, tendo como uma de suas principais premissas a reafirmação da Reforma Sanitária, tornado-se um marco na Reforma da Psiquiatria no Brasil. Em relação aos moradores institucionalizados, essa Conferência propõe a realização de um censo para a revisão da população de internos em hospitais psiquiátricos e a implementação de um programa de reabilitação “[...] para esta

população, partindo-se para a criação de espaços de habitação co-geridas e integradas aos espaços extra-hospitalares de atenção.” (CONFERÊNCIA, 1987, p. 87).

Com o contexto político da década de noventa, começaram as primeiras experiências que buscavam o “rompimento” com os muros dos hospitais psiquiátricos, através da criação de pensões protegidas e lares abrigados inseridos na comunidade.

No Rio Grande do Sul, foi aprovada de forma pioneira, a Lei n. 9716/92 da Reforma Psiquiátrica, que, no artigo 2º, propõe para a população institucionalizada a criação de “[...] centros de cuidados intensivos, lares abrigados, pensões públicas e comunitárias [...]” (BRASIL, 2004, p. 64), delineando de alguma forma, os “[...] espaços de habitação co-geridas [...]” (CONFERÊNCIA, 1987, p. 87) referendados para essa população.

Nesse processo de transição, a CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL (2. : 1992, Brasília) apontou modificações profundas no campo conceitual da Saúde Mental, reafirmando a integralidade e o trabalho intersetorial. Dessa forma, a Saúde Mental ratifica a implantação do Sistema Único de Saúde, propondo um conjunto de dispositivos sanitários e socioculturais que partem de uma visão integrada das várias dimensões do indivíduo, em diferentes e múltiplos âmbitos de intervenção (educativo, assistencial e de reabilitação). Salienta-se, assim, a necessidade das ações da Saúde Mental serem integradas a outras políticas, como as de educação, de cultura, de esporte e lazer, de seguridade social e habitação.

Nessa conferência foi reafirmada a necessidade de substituição do modelo hospitalocêntrico por uma rede de serviços, diversificada e qualificada através de:

[...] unidades de Saúde Mental em hospital geral, emergência psiquiátrica em pronto-socorro geral, unidades de atenção intensiva em hospital geral em regime de hospital dia, centros de atenção psicossocial, serviços territoriais que funcionam 24 horas. (CONFERÊNCIA, 1992, p. 7).

Em tal período, as pensões protegidas e os lares abrigados passam a ser os locais que recebem as pessoas oriundas dos hospitais psiquiátricos, aliando-se à idéia da criação de centros de convivências, como espaços de encontro com a cidade.

Segundo Juarez Furtado (2005), os municípios de Porto Alegre (RS), Campinas (SP), Santos (SP), Ribeirão Preto (SP) e Rio de Janeiro (RJ) foram

pioneiros nessas experiências, gerando subsídios importantes para que tais iniciativas viessem a ser incorporadas como política do SUS, a partir da publicação da Portaria MS 106/2000, que criou os Serviços Residenciais Terapêuticos.

Esses movimentos desencadearam a aprovação, em 2001, da Lei Federal n. 10.216 da Reforma Psiquiátrica, após 12 anos de tramitação até sua aprovação no Senado Federal. A Lei dispõe, em seus artigos, sobre a regulamentação dos direitos do portador de transtornos mentais, vetando a sua internação em instituições psiquiátricas com característica asilar. Propõe para os pacientes egressos das instituições psiquiátricas uma:

[...] política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário. (BRASIL, 2004, p. 18).

Ao pensarmos nas diferentes formas de cuidado, como relatadas pelas experiências vividas pelos usuários mencionados anteriormente, torna-se imprescindível analisar os diferentes movimentos que bordaram a constituição dessa modalidade de atenção em Saúde Mental no território brasileiro, buscando a partir desta construção um aprofundamento no estudo dessas experiências e com isso o desenho de outro traçado desse mapa de encontros e (des)encontros da loucura com a cidade

A aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica foi fundamental na “legitimação” dos serviços substitutivos existentes no país. Esses serviços, por não contarem com esse dispositivo legal, encontravam-se, em alguns momentos, em situação desfavorável e frágil perante às diferentes instituições que contribuíram(em) para a exclusão da loucura.

A CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL (3. : 2001, Brasília), realizada em dezembro, propôs a regulamentação imediata da Lei n. 10.216/01, com o objetivo de garantir a assistência ao portador de transtornos mentais em serviços abertos, prescindindo dessa forma da internação nos hospitais psiquiátricos e definindo as “[...] unidades tipo CAPS como referência local, microrregional e regional local para assistência em Saúde Mental.” (CONFERENCIA, 2001, p. 26). Nessa Conferência deliberou-se, ainda, sobre o “destino” dos egressos do sistema

asilar, que passaram a ter como referência, não mais os chamados Lares Abrigados e Pensões Protegidas, mas os denominados SRTs.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são serviços especializados de Saúde Mental com base territorial, que têm por função servir de referência às pessoas com transtornos mentais severos e/ou persistentes. Instituídos através da Portaria/SNAS Nº 224/1992, essa modalidade de atenção, conforme Manual dos CAPS do Ministério da Saúde, tem como objetivo:

[...] oferecer atendimento à população em sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços comunitários. É um serviço de atendimento de Saúde Mental criado para ser substitutivo às internações psiquiátricas. (BRASIL, 2004, p. 13).

Os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) segundo dispõe a Portaria MS 106/2000, no Artigo 1º, são:

[...] moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares que viabilizem sua inserção social. (BRASIL, 2004, p. 100).

Na experiência de desinstitucionalização no grande asilo do Rio Grande do Sul nesse mesmo ano, a publicação desta portaria foi de inestimável importância no sentido de negociar com os diferentes atores que se colocavam contra a saída dos moradores do hospital, por garantir os cuidados dessas pessoas fora do espaço asilar, sendo incluído o código de cuidador em saúde no acompanhamento de pacientes psiquiátricos e Serviços do SAI/SUS.-Tabela de Serviços do SIA/SUS.

Mas que cuidado é este?

A criação dos Serviços Residenciais Terapêuticos gerou uma imensa gama de questionamentos e discussões no que se refere aos cuidados oferecidos nesses espaços e na forma de suprir, no cotidiano, as necessidades básicas dos usuários quanto à alimentação, vestuário, lazer, etc.

Barros (1994), ao falar da experiência de desconstrução do hospital de Trieste na Itália, relata:

[...] a busca por pensões sociais ou aposentadorias, recorrendo aos referidos subsídios como forma de garantia da subsistência dos egressos na cidade, destacando a importância desse recurso no processo de desinstitucionalização italiano. (BARROS, 1994, p. 77).

Em 2003 foi votada a Lei n. 10708 denominada De Volta para Casa, que cria o auxílio Reabilitação Psicossocial para as pessoas que ingressam nos SRTs ou retornam para suas famílias. Esse auxílio ampliou o poder contratual dos usuários, através da viabilização de abertura de conta bancária e da aquisição de cartão em seu nome para a retirada do benefício.

Alguns dos deslocamentos operados nesse acesso e nas possibilidades de mudança no posicionamento atribuído ao portador de sofrimento psíquico podem ser percebidos em falas como as de Líria. Essa moradora de um Residencial Terapêutico da região sul do país, ao referir-se ao Programa de Volta para Casa, diz: “Eu não sou mental. Tenho cartão do banco!” (FRICHEMBRUDER, 2003, p. 67). A moradora, ao situar-se como “não mental”, contrapunha-se ao discurso da loucura, enquanto doença mental, e trazia o cartão de banco como uma marca significativa do seu “novo” lugar na cidade.

O gerente do banco de Líria, ao falar do Programa e de como foi se dando sua relação com os usuários na instituição bancária, traz um outro olhar ao dizer:

Eventualmente um ou outro não veio com cartão, esqueceu o cartão, não lembra o número da conta. Mas este é o nosso dia-a-dia. Não são eles, não é uma exclusividade deles. Muitos clientes nos solicitam esta informação no nosso dia-a-dia, então não há diferença nenhuma. Eu sinto que eles se sentem cidadãos. A partir do momento que eles têm uma conta bancária, eles se sentem realmente pessoas atuantes, inclusas na sociedade. (FRICHEMBRUDER, 2003, p. 68).

Embora possamos problematizar a noção de cidadania vinculada a uma conta bancária e a finalidade de tornar o máximo de pessoas integradas e produtivas ao sistema econômico-político nas sociedades capitalistas, não podemos negar que, nos dias de hoje, na sociedade de consumo, as identidades e o sentimento de pertencer a determinados grupos sociais encontram-se marcados por ter ou não conta em banco e cartões de crédito.

Ter uma conta bancária e ser dono de um cartão, de certo modo gerou novas configurações nas relações de tutela em funcionamento entre os cuidadores e usuários.

Vejamos como exemplo, a estratégia de controle dos gastos dos usuários utilizada pelos profissionais, através do recolhimento dos cartões, e a forma como um usuário buscou garantir o recebimento e o uso de seu benefício. Pedro, inconformado com a retirada de seu cartão por sua cuidadora, a qual não aceitou o modo como ele usou seu benefício – gastou tudo no mesmo dia em que recebeu –,

dirigiu-se ao gerente da sua conta. Apresentou-se como beneficiário do Programa e solicitou o recebimento do mesmo sem a documentação necessária para a realização de retiradas bancárias. O gerente, diante dos argumentos utilizados pelo “titular da conta”, autorizou a transação bancária, atendendo a demanda do beneficiário.

Esses exemplos trazem outro aspecto importante para lembrarmos: o reconhecimento da “fala do louco”, secularmente emudecida pelos muros do manicômio. A possibilidade de Pedro ser reconhecido em outro lugar, de forma semelhante à interpretação de Líria sobre si, ao intitular-se como “não mental” por ter um cartão bancário. Ao mesmo tempo, nos deparamos com a necessidade de controle dos profissionais ao retirarem do usuário o direito de utilizar o seu benefício, de cometer erros no orçamento, comuns na vida de outros habitantes da cidade, que driblam suas falhas na administração das finanças, através de contas com limite que cobrem e encobrem os seus gastos. Essas cenas, das vivências desses “novos” habitantes da cidade, trazem fragmentos de situações marcadas por “lutas” diante das possibilidades que vão sendo criadas para a vida dos usuários, conflitos gerados entre as ações dos cuidadores direcionadas ao controle das condutas dos usuários e os seus comportamentos de resistência, ao posicionarem-se seja como “não mental” , ou seja, como um “cliente bancário” de direitos.

Na próxima seção, apresento diferentes percursos e interstícios dos (Des)Encontros da Loucura com a Cidade, na criação de possíveis “desenhos” do mapa da Reforma Brasileira. Para tanto, trago narrativas tecidas no convívio das pessoas (cuidadores, usuários e vizinhos) nos Residenciais e na cidade, buscando mostrar outras tramas construtoras de (im)possibilidades de vida, já que “[...] as linhas do enredo diferente das quais as pessoas participam as constroem de modo diverso.” (LOPES, 2001, p. 67).

#### **4 ESTA CASA NÃO É A MINHA CASA! OS RESIDENCIAIS E SUA INSERÇÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: labirintos que se entrecruzam**

Samuel, morador de um Residencial Terapêutico, na região centro-oeste do país, durante uma de nossas conversas junto com os demais moradores de sua residência, comenta:

“Esta casa não é a minha casa!”

A escuta dessa fala, naquela manhã, causou-me perplexidade e tristeza. Esses sentimentos – gerados, talvez, pela minha trajetória e militância na Saúde Mental e pelo afeto que passei a sentir no convívio com aqueles moradores – “impediram-me” de retornar para o Residencial, no período da tarde, conforme havia programado. A sensação de impotência diante de seu descontentamento me incitou: o que levaria Samuel a não sentir aquela casa como sua?

Esta pergunta reportou-me às contribuições de Saraceno (1999) que nos aponta para a necessidade de estabelecermos um diferencial entre “estar” e “habitar” e de olharmos para as relações de poder que se estabelecem no morar.

Segundo Saraceno (1999, p. 114):

[...] o estar tem a ver com uma escassa ou nula propriedade (não só material) do espaço por parte do indivíduo, com uma anomia ou anonimato do espaço em relação à organização material e simbólica [enquanto o habitar] tem a ver com um grau sempre mais evoluído de propriedade (não só material) do espaço no qual se vive.

Todavia, ele ressalta que, mesmo nas nossas casas, podemos ter uma perda do poder contratual, material e simbólico, experimentando um aprisionamento no habitar.

Ao chamar a atenção para o aprisionamento do habitar, mesmo nas nossas casas, Saraceno leva-nos a pensar sobre a complexidade do “habitar um serviço”, vivendo sob o “olhar” e as diretrizes do Sistema Único de Saúde. Para pensarmos na abrangência dessa questão e nos possíveis interstícios do morar em um Residencial, talvez sejam úteis as contribuições de Furtado (2006). Ao analisar a portaria que institui os Serviços Residenciais Terapêuticos, Furtado (2006, p. 40) refere que esta é “[...] freqüentemente questionada por diversas razões [...] Sobretudo a palavra ‘serviço’ acaba levando erroneamente, a idéia de alguma

similaridade com centros de saúde, clínica, etc.[...]", mas assim estabelecida para justificar sua inserção no Sistema Único de Saúde (SUS).

A inserção dessas moradias no SUS, como forma de garantia do financiamento para a Saúde Mental, insere em um Ministério (no caso o da Saúde), através de uma única política pública, dois direitos do cidadão: saúde e habitação.

Outro aspecto das diretrizes do Sistema Único de Saúde a ser repensado é o que diz respeito à definição de integralidade nos cuidados. A esse respeito, Camargo Júnior (2004) alerta para o expansionismo semântico a que a integralidade está sujeita. O autor questiona "[...] se é possível, ou mesmo desejável." (CAMARGO JÚNIOR, 2004, p. 35). Um tipo de atenção que se dirija à "[...] totalidade das necessidades de um ser humano [...]", apontando como contrapartida desta expansão o "[...] risco de um grau de controle sem precedentes, de perda de autonomia, uma medicalização também integral". (CAMARGO JÚNIOR, 2004, p. 37).

Um dos comentários de Samuel, em uma de nossas conversas com seus amigos sobre o cotidiano de suas vidas, traz elementos que nos interrogam sobre os riscos do expansionismo da atenção e os limites entre o cuidado e o controle. Ao falar sobre o livro para "passagem de turno" utilizado pelos cuidadores do Residencial, ele diz:

Antes quem regia as nossas vidas era o hospital psiquiátrico, agora quem rege as nossas vidas é a Secretaria de Saúde!
--

Ao nos reportarmos às considerações de Camargo Júnior (2003, p. 37) sobre a "[...] indefinição de integralidade [...]" e os comentários de Samuel sobre o morar naquele Residencial, vemos como de vital importância o processo de constituição dos SRT, estamos atentos ao que o autor chama de "[...] imperialismo sanitário." (CAMARGO JÚNIOR, 2003, p. 36). Pois, possivelmente, o sentimento de "[...] não pertencer [...]" de Samuel ao Residencial onde vive e a afirmação de que sua vida é "[...] regida pela Secretaria de Saúde [...]" esteja permeado por este "[...] açambarcamento de toda experiência humana sobre a rubrica da saúde." (CAMARGO JÚNIOR, 2003, p. 34).

Para pensarmos na abrangência desse imperialismo, mencionarei o relato de uma funcionária de um Serviço Residencial Terapêutico da cidade de Porto Alegre,

durante sua exposição ocasião do ENCONTRO ESTADUAL DE RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL (1. : 2007, Porto Alegre).

Ao finalizar sua exposição, ela trouxe para reflexão a cena onde Jane, uma das moradoras do Residencial, tinha como um de seus parceiros de casa, um cão que a acompanhava no dia-a-dia e, em especial, quando ela tirava sons de uma gaita, agachada no canto da sala. Jane, ao tocar, compunha suas notas acompanhadas do uivar do cão ao seu lado. Ao interromper a música ele silenciava, parecendo aguardar o tom da próxima nota.

A equipe do Residencial diante da presença e moradia do novo habitante achou que, por se tratar de um serviço de Saúde, deveria ser realizada uma consulta à Vigilância Sanitária da cidade, sobre a viabilidade de manter o animal naquela casa. A Vigilância, ao visitar o Residencial questionou a presença do animal, afinal: Como cães vão poder viver em um serviço de Saúde?

Os profissionais “responsáveis” pelo Serviço Residencial Terapêutico, seguindo “as normas da vigilância”, retiram o cão daquela “casa”. Sensibilizada com a situação de Jane, essa funcionária faz um apelo para que permitissem a entrada de cães nos Residenciais Terapêuticos.

Essas narrativas que perpassam o cotidiano nos levam a pensar sobre os “labirintos” que existem entre o morar e o cuidar e os atravessamentos que possam vir a gerenciar ou até mesmo “abortar” possíveis experiências nos Serviços Residenciais Terapêuticos, como a vivida pela peculiar dupla musical, composta de uma mulher tocadora de gaita e seu cão companheiro.

Foucault (1986, p. 127), ao discutir os movimentos precursores da Reforma Psiquiátrica, refere que “[...] as relações de poder constituíam o a priori da prática psiquiátrica.” Em suas análises sobre a “História da Loucura” e a constituição da Psiquiatria, o filósofo nos propõe modos de olharmos para o funcionamento do poder nas instituições.

Nesse sentido, salienta que:

[...] o essencial não é a instituição com sua regularidade, com suas regras, mas sim, precisamente, esses desequilíbrios de poder, [...].as disposições de poder, as redes, as correntes, as intermediações, os pontos de apoio que caracterizam uma forma de poder e que, creio, são precisamente constitutivos ao mesmo tempo do indivíduo e da coletividade. (FOUCAULT, 2006, p. 20).

A esse poder, que atua no interior e através das instituições, difundindo-se no campo social, Foucault (2006) denomina poder disciplinar, ou uma forma de agir do poder, caracterizada por um conjunto de técnicas articuladas e direcionadas ao controle do tempo, da vida e do corpo do indivíduo.

A fala de Samuel sobre a regulação de sua vida pela Secretaria de Saúde parece nos mostrar o funcionamento do poder disciplinar que o produz como sujeito, já não de uma instituição única (hospital psiquiátrico), mas de uma rede de instituições e saberes que fazem dele usuário dos Residenciais Terapêuticos. Parafraseando os termos da Reforma, um poder não hospitalocêntrico, constituído em uma imensa rede que pode ser “não substitutiva” a uma única instituição: o manicômio.

Assim, parece que precisamos de um olhar atento para a rede que produz o indivíduo e as coletividades, pois segundo Foucault (2006, p. 20), “[...] aquilo com que se tem de lidar, antes de lidar com as instituições, são as relações de força nessas disposições táticas que perpassam as instituições.”. Possivelmente, Samuel nos fala da articulação das funções institucionais com as formas táticas e estratégicas que se operam nas “tedaduras” da rede hospitalocêntrica, estendendo-se e regulando a sua vida no Residencial Terapêutico na cidade.

A respeito da relação terapêutica estabelecida nestes serviços, Cavalcanti (2006, p. 84) menciona que:

[...] muito temos produzido em relação à chamada relação terapêutica, mas a coisa se complica quando começamos a pensar o que seria um Serviço Residencial Terapêutico: Casa ou Serviços. Se for uma casa, por que pensar em termos de uma ‘equipe responsável’ por essa casa.

Ela destaca essa dicotomia de difícil saída a que nos expomos ao pensarmos em uma casa tal qual conhecemos e vivemos. Ciente da impossibilidade de resolver tal impasse, Cavalcanti (2006, p. 84) “[...] propõe manter esta contradição casa/serviço viva, sem cair na contradição de resolvê-la [...]”, trabalhando nos “interstícios” desta contradição explorando ao máximo “[...] suas diversas vertentes.” (CAVALCANTI, 2006, p. 83).

Esses (des)encontros, associados à preocupação com a existência e complexidade deste morar/habitar, levaram-me a interrogar: como seria esta casa, onde Samuel se sentisse como sendo a “sua casa”. Que morar contemplaria este

habitar, de ter um maior pertencimento? Que casa seria esta para Samuel e seus amigos do Residencial?

Nesse sentido, cabe lembrar que a portaria que institui os Residenciais dispõe, em seu Art. 1º, os Serviços Residenciais Terapêuticos como serviços destinados ao atendimento do portador de transtornos mentais. Essa função atribuída aos Residenciais, como “espaço para atendimento”, me faz refletir quais seriam as reais possibilidades de Samuel constituir, ali, um local onde ele pudesse habitar no sentido proposto por Saraceno, apropriando-se do espaço a ponto de percebê-lo como a sua casa?

Na busca, talvez, de um lugar para habitar e de atenuar esta “desapropriação” de seu morar, Samuel, em nosso primeiro encontro com a presença da orientadora deste projeto, dirigiu-se a ela com a seguinte pergunta: Poderias conseguir um quarto só para mim? Ao entrar na cozinha e lançar esse pedido, o morador me causou constrangimento e a sensação de impotência e, provavelmente, uma sensação semelhante nela, que respondeu:

Sou professora! Não tenho poder para isto.

Sentados em torno da mesa da cozinha continuamos conversando com os moradores daquele Residencial. Contudo, o pedido de Samuel me levou a perguntar se tinha alguma coisa que poderia fazê-los sentirem essa casa como sendo deles. Rosa, outra moradora, responde:

Que cada um dormisse em um quarto e fosse dono da cama de seu quarto.

À semelhança de Samuel, ela clama por um espaço seu, solicitando além do quarto, uma cama que seja a “sua cama”.

Outra questão apontada pelos usuários, referente ao modo de vida nos residenciais, relacionou-se ao número de moradores nas casas. Kátia, que vive em um Residencial da região sudeste, ao falar da sua experiência na primeira casa onde morou, depois de sair do hospital e das dificuldades encontradas, fez o seguinte comentário:

Seis mulheres numa casa, não têm jeito, não!

Essas questões trazidas pelos usuários nos remetem há pelo menos duas reflexões. Uma, relacionada ao número de pessoas contempladas na Portaria dos Serviços Residenciais Terapêuticos, que, em seu artigo 6º, ao definir as características físico-funcionais dos SRTs, delibera que essas sejam compatíveis para abrigar no máximo 8 (oito) usuários. Nas regiões percorridas, observamos a tendência dos gestores de organizarem grupos de oito pessoas como forma de garantir um maior número de usuários vivendo na cidade e a conseqüente racionalização dos recursos do projeto. Nesta tentativa de “racionalização”, encontramos a criação de moradias com quartos para três ou quatro pessoas ou, até mesmo, a prática de separação de quartos para os armários e quartos só para as camas, impedindo de se constituírem espaços individualizados.

A outra reflexão se relaciona ao importante aspecto da vida dos moradores mencionado por eles e que se refere às ações de reabilitação psicossocial, que permeiam a constituição dos Residenciais. Conforme aponta Terezinha, moradora do Residencial onde vive Samuel, na conversa sobre o morar, ali, faz o seguinte comentário diante das colocações de seus amigos:

A gente não paga aluguel que está nos direitos de cada um, né! Fica toda a vida!
--

Assim, vemos aparecer a noção de um projeto para toda vida, no qual a moradora se posiciona como “moradora eterna” do Residencial.

A fala de Samuel, sobre a “substituição” do gerenciamento de sua vida do hospital psiquiátrico para o “reger” da Secretaria de Saúde, assinala o funcionamento, nesse modelo de atenção – “ação” pensada para a melhoria das condições de vida dos usuários e humanização do cotidiano das pessoas – de elementos sociais similares àqueles das propostas dos lares abrigados e das pensões protegidas.

Oliveira e Conciani (2008), ao analisarem a experiência de implantação dos Residenciais onde vivem Samuel, Terezinha e Rosa, destacam que:

As demandas de gestão mobilizaram de modo mais premente e todo o processo se restringiu a ‘construção’ administrativa das residências, como locação de casas, contratação de cuidadores, garantia de alimentação, entre outros. Com uma equipe reduzida e precarizada nas condições de trabalho (grande parte contratada temporariamente) e nas relações de poder político, o processo de aprendizado técnico-político de construção desse novo dispositivo de cuidado foi praticamente ausente. (OLIVEIRA E CONCIANI, 2008, p. 174).

Para ampliarmos a discussão trazida pela autora, busco um excerto de meu diário de campo, onde narro fragmentos da conversa e meus sentimentos e percepções após quatro dias de trabalho e encontros, naquele mesmo Residencial, com Samuel, Carlos, Terezinha e Rosa:

Passsei cerca de quatro dias nessa casa. Fiquei mexida e triste. Eram pessoas muito jovens e lúcidas; lúcidas dessa maquiagem da Reforma... Samuel diz em nosso bate-papo: 'Agora quem rege nossas vidas é a Secretaria de Saúde!' Carlos comenta: 'Antes os documentos estavam no hospital psiquiátrico. Perderam! Agora fizeram os novos e eles estão na Secretaria'. Samuel coloca de forma clara: 'Esta casa não é a minha casa!' Passei por uma situação de constrangimento, pois todos se apresentavam como sendo aposentados e os gestores falaram-me que os moradores não precisavam de mais dinheiro, por isso não pediram o LOAS para ninguém! Então, como eram aposentados? Falei então do De Volta para Casa. Terezinha ficou feliz e perguntou-me: 'O que? Tu vais nos levar para a casa?' Foi horrível, pois se encheu de esperança 'apostando' que eu estava ali para 'levá-la para casa!' Tentei explicar o que era o De Volta para Casa. Eles não sabiam do que se tratava. Continuaram dizendo que estavam aposentados, sem serem aposentados legalmente. Fiquei mal. Não consegui voltar à tarde para o Residencial.

Nessas conversas tornou-se visível a falta de perspectiva na vida daquelas pessoas, de ter um sonho, ou simplesmente, uma cama sua, um quarto. Ao mesmo tempo, percebi com certa lucidez, os meandros da Reforma Psiquiátrica em curso, quanto ao gerenciamento do tempo daquelas vidas e corpos através das ações da Secretaria de Saúde, delineando fragmentos do "mapa da Reforma", borrados de figuras e formas similares à vida no hospital psiquiátrico. Vidas de pessoas que se encontram e convivem num "sobradinho verde, muito bonito", conforme anoto em meu diário de campo.

"Sobradinho verde, muito bonito", mas com histórias de pessoas que, diferentes de Líria que se posicionou como "não mental" ao ter um cartão bancário do benefício "De Volta para Casa", foram "aposentadas" pelos gestores ao receberem o mesmo programa, cujo auxílio visa a "reabilitação psicossocial" e não o posicionamento dessas pessoas como inaptas para o trabalho.

No curso das visitas aos Residenciais, ao compartilhar de momentos de refeições, vi-me na presença de utensílios que, de certo modo, falam dos lugares e dos olhares instituídos para essas pessoas. Como descrevo num fragmento do diário de campo: Nessa casa vi as tais canecas azuis que haviam no hospital onde trabalhei no sul, e também onde pesquisei no nordeste. Agora estavam ali nos Residenciais do Centro-Oeste. Comentei sobre o uso das canecas de plástico nas

regiões onde eu havia estado. Diante de minha observação, Fabiana comenta parecendo estar intimidada:

Engraçado! Volta e meia aparecem canecas azuis na casa onde sou acompanhante. Não sei de onde elas vêm, mas trato de botar elas fora!

A sua cumplicidade e desconforto diante das canecas azuis de plástico me confortavam. Contudo, intrigava-me a dimensão da irritação gerada pela presença desses utensílios nos SRTs. Mas, por que trazer as canecas azuis para o diário de campo, para as conversas com os amigos e para a discussão desta tese no ponto onde tento discutir a constituição dos SRTs como os lugares de atendimento dos “portadores de transtornos mentais”?

Voltando a Gagnebin (2004)<sup>14</sup>, lembro que ela descreve o narrador como uma espécie de “sucateiro”, isto é, aquele que traz os restos, uma personagem encarregada de pegar aquilo que parece sem significado e fora da história oficial, mas que carrega consigo marcas, memórias e experiências. Assim, no percurso de narradora que pretende desenhar o mapa de (des)encontros da loucura com a cidade, penso e vejo nessas canecas/sucatas uma permanência silenciosa, de forte presença e que, até hoje, carrega marcas dos modos como se pensou e agiu em relação à “loucura” no Brasil. Ao encontrar, novamente, tais sucatas, nas regiões percorridas pelo país, pensava que deveria tê-las fotografado como “prova” de minha visão. Mas o que queria provar?

O uso das canecas azuis, em substituição aos copos de vidro, possivelmente, mostra um cuidado com o corte, um possível corte a ser evitado com o uso de canecas inquebráveis; do “risco do lance” dos “possíveis agressores” que vivem na casa instituída para prestar atendimento ao portador de transtornos mentais, conforme referenda a Portaria.

Essa presença, nas casas, conta de um olhar invisível, que vigia “[...] sem estar presente, já que a vigilância poderá ser mais que virtual.” (FOUCAULT, 2006, p. 59). Um olhar sutil do poder disciplinar que já falara antes, uma forma de ser do poder que controla e ordena os acontecimentos nos espaços, da casa onde habitam

---

<sup>14</sup> Seguindo as análises de Benjamin (1994), no seu texto intitulado “O Narrador: considerações sobre a obra de Nikolai Leskov.”

ou na hora de saciar a sede, quando ao lembrar: “Cuidado, você pode se tornar perigoso”!

Esses achados, no mapeamento da desinstitucionalização no País, fazem-me pensar em Fra Mauro. Este, ao compor o mapa perfeito do mundo, coloca que seu desenho, assumiu uma “[...] dimensão que não fazia parte de suas considerações iniciais [...]” (COWAN, 1999, p. 78), mesmo que ele pudesse presumir que estas poderiam ser, às vezes, contraditórias.

Na construção de um “mapa da Reforma”, inicialmente com traços que delineavam possibilidades de outros lugares, conquistados por Líria e Paulo na condição de clientes de um banco, fui percebendo modificações por lugares atribuídos à loucura, mostrando-me a “[...] terra no céu, o céu na terra.” (COWAN, 1999, p. 79). Percebi um mapa da Reforma Psiquiátrica Brasileira de cabeça para baixo, com posicionamentos da “loucura” relacionados à “periculosidade” e à incapacidade. Aqueles que carregam as marcas da “loucura”, ao infringirem as regras que orientam as relações em diferentes domínios sociais numa certa cultura, tornam-se excluídos, não mais em hospitais psiquiátricos, mas, agora, nos chamados Residenciais Terapêuticos.

Neste ponto do mapa, diante daquilo que vivenciava, uma questão me assombrava, a dúvida recorrente sobre se estava conseguindo “[...] obter uma visão correta do mundo” (COWAN, 1999, p. 79). Porém, o problema não é se essa visão que trago é correta ou não, visto que um olhar, ao ocorrer numa certa direção mostra um recorte, um olhar em perspectiva que, ao conhecer, desconhece tantos outros ângulos possíveis de ver e pensar o que chamei de (des)encontros da loucura com a cidade.

Mas como pensar na desinstitucionalização, sem percorrermos pela sua institucionalização nas chamadas Casa dos Loucos? Assim na seção seguinte, trarei o cotidiano dos trabalhadores e das pessoas que vivem(eram) dentro das instituições psiquiátricas, através das narrativas das pessoas que hoje estão atuando como cuidadores/gestores e vivendo nos Residenciais Terapêuticos, para assim assinalarmos possíveis contornos das práticas vigentes no manicômio, seus entrelaçamentos junto aos Residenciais Terapêuticos nas cidades.

## 5 A “CASA DOS LOUCOS” E O CONVÍVIO COM ESSAS “VIDAS INFAMES”

A desinstitucionalização abre a possibilidade de trazer aos nossos olhos a loucura na sala de jantar, paráfrase do título do livro organizado por Franco Rotelli (1991) sobre a experiência italiana de reforma psiquiátrica.

Bento, morador do Hospital Colônia Itapuã<sup>15</sup>, ao lhe solicitarem uma frase que servisse como logotipo na comemoração da passagem do dia da luta antimanicomial responde: “[...] a vida lá fora precisa de nós.”<sup>16</sup>. Dizer que “[...] a vida lá fora precisa [...]” de Bento e de seus companheiros do hospital aponta para a possível perda da sociedade ao delimitar os muros, no interior dos quais se dariam as suas relações – muros que circunscrevem um lugar afastado dos que vivem “lá fora”; lá onde tiveram início às construções sobre a loucura e que a situaram fora do cenário das cidades.

Foucault, durante a leitura dos registros de internamento do século XVIII, ao compartilhar suas impressões e sentimentos diante das vidas ínfimas e tornadas cinzas por frases que as colocaram por terra, convoca-nos a pensar sobre as “escolhas da sociedade”:

[...] por muito tempo remói só a análise; tomei os textos em sua aridez; procurei qual tinha sido sua razão de ser; a quais instituições ou a qual prática política eles se referiam; propus-me a saber por que, de repente, tinha sido tão importante em uma sociedade como a nossa que um monge escandaloso ou um agiota extravagante e inconseqüente fossem “sufocados” (como se sufoca um grito, um fogo ou um animal); procurei saber a razão pela qual se quis impedir com tanto zelo aos pobres de espírito de passearem pelas estradas desconhecidas [...] (FOUCAULT, 2003, p. 204).

O convívio com vidas infames, no entanto, me revelou, no desabrochar de suas palavras silenciadas, sujeitos que carregavam a marca da diferença construída em relação à loucura ao longo dos tempos, e que ofuscavam os olhos com o teor de suas “verdades” escondidas, provocando “[...] no choque dessas palavras e dessas

---

<sup>15</sup> O Hospital Colônia Itapuã fica localizado na cidade de Viamão. Nesse hospital vivem pessoas portadoras de lepra e parte dos usuários de Saúde Mental em nosso Estado.

<sup>16</sup> Bento emitiu esta opinião por ocasião da organização das atividades da Semana de Luta-Antimanicomial, no ano de 1999.

vidas nascentes para nós, ainda certo misto de beleza e terror.” (FOUCAULT, 2003, p. 206) <sup>17</sup>.

Em relação ao convívio com estas vidas, João Guimarães Rosa, em seu conto Sorôco, sua mãe e sua filha, narra a passagem em que Sorôco, rapaz viúvo, aguarda o trem vindo do Rio de Janeiro, que levará ambas as mulheres ao hospício de Barbacena. Olhando os vagões desse trem, Sorôco vai dizer “[...] a gente reparando, notava as diferenças. Assim repartido em dois, num dos cômodos as janelas sendo de grades, feito as de cadeia para presos.” (ROSA, 2001, p. 62).

Essa diferença também se encontrava demarcada no território gaúcho “O trem dos loucos” igualmente trazia grades, compondo seus vagões instigantes, carregados com “estranhas pessoas”, cujo cenário era merecedor de curiosos olhares.

No artigo “*Naval e Carcerário*”, Certeau (1990, p. 195) nos fala de um viajante na cabine de um vagão de trem e sua travessia: “A vidraça permite ver e os trilhos atravessar.” São dois modos complementares de separação. Um modo cria a distância do espectador: não tocarás. Quanto mais vês, menos agarras [...]” Durante a travessia, “[...] o isolador produz pensamentos com separações. “[...] A divisão é a única que faz barulho.” (CERTEAU, 1990, p. 195).

O trem que demarca a diferença tem a função de separar. Certeau (1990, p. 193), a partir dessa leitura passa a classificar o vagão segregador como “[...] uma bolha de poder panóptico e classificador, um módulo de isolamento que torna possível uma ordem.”

Caio, vizinho de um Residencial da região nordeste, costuma freqüentar, semanalmente, a casa dos amigos que vivem naquela casa. Nesse convívio percebe a diferença nessas pessoas, na forma deles se relacionarem com ele, comparando-as com sua relação com os demais habitantes da cidade, os considerados “normais”:

---

<sup>17</sup> Foucault (2003), em seu artigo intitulado “*A Vida dos Homens Infames*”, apresenta um certo número de regras simples para reencontrar alguma coisa como essas existências relâmpagos, como esses poemas-vidas: que se tratasse de personagens que existiram realmente; que esses relatos não fossem constituídos simplesmente de histórias estranhas ou patéticas, mas que, de uma maneira ou de outra (porque eram queixas, denúncias, ordens ou relações), tivessem feito parte realmente da história minúscula dessas existências, de sua desgraça, de sua raiva ou de sua incerta loucura; que fossem contadas em algumas páginas, ou melhor, algumas frases, tão breves quanto possível; e que, do choque dessas palavras e dessas vidas, nascesse para nós, ainda, um certo efeito misto de beleza e de terror.

[...] a gente vê uma verdade, a gente não vê nada artificial, então a gente se sente bem, porque é tão difícil a gente ver isso nas pessoas consideradas normais.

A colocação de Caio reportou-me ao conto de Guimarães Rosa, para pensarmos sobre o quanto pessoas tidas como loucas trazem a possibilidade do acalanto e do envolvimento com o outro e com outra forma de relacionamento.

No conto, o autor narra à passagem quando mãe e filha aguardavam a partida do trem que as levaria ao hospício de Barbacena. Enquanto esperavam, a filha sentada na escada em frente à porta passa a cantar uma cantiga. Sua mãe passa a acompanhar aquele canto incompreendido. Com a chegada do trem e, após sua saída, ao tomar distância, sentindo uma tristeza sem dó,

Sôroco não esperou tudo sumir. Nem olhou. Só ficou de chapéu na mão, mais de barba quadrada, surdo – o que nele mais espantava. O triste do homem, lá, decretado, embargando-se de poder falar algumas suas palavras. (ROSA, 2001, p. 65).

Compadecidas, as pessoas da cidade, a sua volta, puxavam a cantiga evocada pelas mulheres no vagão:

A gente se esfriou, se afundou – um instantâneo. A gente... E foi sem combinação, nem ninguém entendia o que fizesse: todos de uma vez, de dó de Sorôco, e canta que cantando, atrás dele, os mais de trás quase que corriam, ninguém deixasse de cantar. Foi o de não sair mais da memória. Foi um caso sem comparação. (ROSA, 2001, p. 66).

O conto nos fala do acalento de uma cantiga evocada por aquelas duas mulheres, “loucas” da cidade. “Assim, mesmo, a gente só escutava o acorção do canto das duas, aquela chirimia, que avocava: que era um constatado de enormes diversidades desta vida [...]” (ROSA, 2001, p. 65).

Em meu diário de campo, na passagem pela região nordeste, encontro alguns fragmentos que tocam nesse acorção, quando relato meu encontro com seu Edílson, em um Residencial da cidade. Minha segunda “visita” a casa dele se deu no dia posterior ao de conhecer o hospital onde ele morou. O hospital reabriu após sofrer a intervenção e o fechamento pelo Ministério Público. Nessa visita vi um corredor com cerca de 10 quartos onde estavam trancadas, por uma grade e um cadeado, pessoas que viviam solitárias, com um penico ao lado da cama. Eram jovens, idosos, mulheres que estavam em situação de confinamento num corredor que me

evocava a cena que considero a mais desoladora e entristecedora nesta passagem pelas regiões.

Em meu diário de campo, escrito no dia seguinte a ida ao hospital, faço o seguinte relato:

As pessoas na jaula tumultuavam meu cotidiano, absorvendo meus pensamentos. Fui ao hotel para almoçar com meu filho. O mundo pesava, era muito duro tudo aquilo. Francisco dormiu e levei-o para o quarto, onde me recostei para adormecer um pouco as idéias. Acordei e fui para uma das casas. Cheguei desenhada. Seu Edílson estava no canto da mesa. Cantava e seu canto me acalmava. Pensei que ele parecia bem. Caio, um vizinho dele, diz que eles têm muita alegria. Lindas palavras. Naquele momento seu Edílson parecia perceber a minha angústia e tristeza. Edílson me oferece três bananas. Agradeço a ele, dizendo que almoçara há pouco tempo. Vai até a cozinha, onde a cuidadora lhe entrega um café, que ele me entrega. Tudo o que eu queria era um café! Poder rir com ele, ouvi-lo cantar, foi aliviando a minha angústia. Seu Edílson livrou-me daquele dia pesado. Seu canto, as três bananas e o café improvisado levantaram o meu astral.

Na experiência do encontro com essas pessoas, passamos a ser contagiados pelas cantigas cantadas por elas. Às vezes, esses sons soam estridentes; às vezes, sua suavidade penetra nossa existência, interrompendo a banalidade do cotidiano da vida, nos acalantando, produzindo sons de melodias nunca ouvidas.

A forma como seu Edilson recebeu-me e o cuidado que teve comigo, reportou-me de volta à tese de Kinoshita (2001). O psiquiatra, em sua pesquisa realizada no manicômio italiano em processo de desinstitucionalização, na cidade de Trieste, conta de sua convivência com Palmira, moradora de um dos pavilhões do grande asilo. Palmira era conhecida pelos seus costumes de arrecadar todos os objetos que estavam dispostos no coletivo (sabonetes, pentes, escovas...). Certo dia o psiquiatra esqueceu seu relógio no banheiro do alojamento, e ao retornar ao local para buscar o objeto, percebe que possivelmente Palmira já havia passado antes dele ali. Tranqüilizou-se, pois presumia que na próxima “batida” realizada diariamente pelas equipes, no armário de Palmira, encontraria seu relógio. Para sua surpresa, Palmira vai ao seu encontro, retira o relógio de dentro do sutiã, devolve-o, cochichando ao pé do ouvido: “Tome. Você deve guardá-lo, do contrário eles vão levar o seu relógio também, saindo com certo ar de cumplicidade.” (KINOSHITA, 2001, p. 179). O psiquiatra, ao falar da situação vivenciada com Palmira, faz a seguinte colocação:

O que foi surpreendente é que eu não tinha a menor expectativa de que Palmira soubesse que aquele relógio me pertencia e muito menos de que ela estava estabelecendo esse tipo de relação de cumplicidade. Palmira inclui-me na sua luta contra “eles”, e estava tomando conta de minhas coisas e de mim. Onde eu pensava que eu era o cuidador, estava sendo cuidado [...] (KINOSHITA, 2001, p. 179).

No entanto, o destino para as pessoas como Edilson e Palmira, que nas cenas descritas, cuidam do “cuidador”, é “[...] viverem em Casas para Loucos [...]” (FOUCAULT, 2006, p. 113), promovendo a “imunização” do convívio com outras pessoas, almejado pelos habitantes das moradias da sociedade burguesa.

Neste sentido, lembremos que no século XIX, o hospital psiquiátrico foi criado para descobrir a “[...] verdade da doença mental [...]” uma verdade que emerge afastando do doente “[...] tudo aquilo que possa mascará-la, confundí-la, dar-lhe formas aberrantes, alimentá-la e também estimulá-la.” (FOUCAULT, 2006, p. 121). Assim, o morar para essas pessoas estaria na “Casa dos Loucos [...]” (FOUCAULT, 2006, p. 113), longe de seus pares, de sua família e limitada nas suas possibilidades de encontro social com outros. Porém, como quem resiste a essa interdição, eles tornam-se amigos, parceiros e podem até sentir saudade da sua vida no hospital psiquiátrico e sentir a falta de seus amigos.

Machado (1998), ao discutir os estudos de Foucault na História da Loucura, refere que o filósofo, ao se centrar nos espaços institucionais de domínio do louco, vai dizer que, desde a Época Clássica, há uma heterogeneidade entre os discursos teóricos a respeito da loucura e as relações que se criaram com o louco no interior desses espaços.

Segundo Machado (1998, p. [6]):

Articulando o saber médico com as práticas de internamento e estas com as instâncias sociais como a política, a família, a Igreja, a justiça, generalizando a análise até as causas econômicas e sociais das modificações institucionais, foi possível mostrar como a psiquiatria, em vez de ser quem descobriu a essência da loucura e a libertou, é a radicalização de um processo de dominação do louco que começou muito antes dela e têm condições de possibilidade tanto teóricas quanto práticas.

A passagem por diferentes regiões do mapa da exclusão da loucura no Brasil e o testemunho de situações, saberes e instâncias sociais que promoveram seu confinamento na instituição psiquiátrica, conforme assinala Machado, colocou-me diante do seguinte questionamento: Afinal, quem são essas pessoas que passam a ser institucionalizadas nos hospitais psiquiátricos?

A constituição da loucura, enquanto doença mental e seu habitat exclusivo no hospital psiquiátrico, diferenciando-a da presença dos demais excluídos da Grande Internação, tem seu lugar a partir do século XIX. No entanto, ao percorrer os diferentes hospitais psiquiátricos nas cidades que fizeram parte dessa pesquisa, testemunhei histórias como a de Raul que, ao perder o navio do qual desembarcara na região Norte do país e, ao ser visto vagando, perdido pela cidade, é encaminhado para o hospital psiquiátrico, onde vive institucionalizado até os dias de hoje.

A captura de Raul reportou-me aos escritos de Foucault, em relação à *Sultifera Navis*, embarcação dos loucos da época da Renascença “[...] que desliza ao longo dos calmos rios da Renânia e dos canais flamengos.” (FOUCAULT, 1995, p. 9), levando os diferentes para terras estrangeiras. “Os loucos eram levados, pelos marinheiros e mercadores, em número bem considerável, e [...], eram ali perdidos, purificando-se assim de sua presença, a cidade de onde eram originários.” (FOUCAULT, 1995, p. 11). Na literatura, conforme aborda Foucault, a chegada do Navio dos Loucos é retratada na obra de *Tristão e Isolda* de Shakespeare. Tristão disfarça-se como “[...] habitante dos mares [...]” e na passagem “[...] marinheiros insolentes o jogaram ali, signo da desgraça [...]”, e nesse retorno à terra, não é reconhecido por sua amada Isolda que, diante deste estrangeiro, faz o seguinte comentário: “Malditos sejam os marinheiros que trouxeram este louco! Por que não o jogaram no mar”? (FOUCAULT, 1995, p. 13).

O navio dos loucos aparenta ter passado no território brasileiro no século XX, ao analisarmos a história de Raul, perdido em terras estrangeiras, oriundo de mares que traziam a loucura “expulsa” das cidades, passagem esta que faz “ressurgir” a aliança entre a loucura e a água, lembrando-nos os tempos da Renascença.

No prontuário de Raul consta sua primeira avaliação, em 16/10//1975, feita pelo médico legista da Secretaria do Estado de Segurança Pública da capital nortista. Nesse “laudo” registram-se o lugar, a data na qual ele foi encontrado, a sua idade e procedência. É a partir desses dados que conclui o médico legista: “O paciente deverá ser recolhido ao hospital colônia, a fim de ficar em observação”. Ao ser recebido no hospital, tem sua primeira avaliação com o psiquiatra apenas em 1979, quatro anos após o laudo do legista.

Acompanhei a “casa” de transição criada dentro da instituição onde vive Raul, onde passaram a morar as pessoas avaliadas pelas equipes com melhores condições de sair do hospital. Ao conversar com sua equipe, Raul é reconhecido

como uma pessoa lúcida para dar entrevistas, sendo que me indicaram para que eu fosse conversar com ele. Porém Raul não quis conversar, quando me apresentaram a ele. Contam que ele fala claramente dois idiomas (espanhol e inglês) e que ele poderia falar muito bem de sua vida no hospital, mas que recentemente teve uma “perda” - uma estagiária com que conversava diariamente. Ela buscava, através das conversas com Raul, saber maiores informações sobre os seus familiares, e talvez por um desses motivos se afeiçãoou muito a essa estagiária. No entanto, ela se afastou dele, contam as atendentes, possivelmente pelos desafetos que criou com alguns profissionais do hospital, diante de seu interesse pelo estrangeiro, deixado pelo navio que o largou no porto da capital.

Ao receber o “não” de Raul, senti certo alívio, pois estaria pouco tempo com ele e poderia ser ali, mais uma, a saber de suas histórias, sem ter qualquer efeito para o seu reencontro com amigos, familiares e sua cidade natal. Na insistência da auxiliar que me apresentou para que ele me “desse uma entrevista”, pedi a ela que não o fizesse, pois Raul já tinha demonstrado o desinteresse pela “minha conversa”. Raul, ao ser encontrado no porto da cidade, era um estrangeiro, e diante desse possível “disfarce” inicial de louco, ainda hoje ocupa o lugar da doença mental morando em um hospital psiquiátrico. Aqui não estamos mostrando um personagem da obra Shakespeariana, mas um homem, que ao perder a embarcação, tem sua vida desviada para o manicômio.

Histórias de pessoas como Júlio, morador do norte do país, que em sua viagem para o sul, perdeu o ônibus em uma das paradas para descanso. Ao perceber a situação, fica desesperado e em virtude de seu comportamento, é encaminhado para o hospital psiquiátrico mais próximo do lugar onde se encontrava. Quem de nós, possivelmente não gritaria “feito um louco” ao perceber o ônibus que carrega as nossas malas, nossos pertences queridos que “precisam viajar com a gente”, ir se afastando, sem uma possível volta nem direito à despedida.

Ao conhecer histórias de pessoas como Júlio e Raul, percebe-se o quanto os equívocos inauguraram uma nova rota em suas histórias de vida, ingressando nas categorias da loucura com diferentes nomeações utilizadas para um mesmo fim, a exclusão.

Essas pessoas que, ao “não serem reconhecidas”, como a passagem de Tristão, ou infringirem os domínios da exclusão, são encaminhados para a internação em um hospital psiquiátrico, cuja função delimitada é “[...] o lugar do

diagnóstico e da classificação, retângulo botânico onde as espécies de doenças são divididas em compartimentos cuja disposição lembra uma vasta horta.” (FOUCAULT, 2006, p. 122).

“E, se caísse um galho na minha cabeça”! Esta frase, a princípio descabida, foi a imediata associação que me ocorreu ao conhecer Mário, morador de um SRT no centro-oeste do país.

Mário, conterrâneo, nascido no Rio Grande do Sul, foi morar no Mato Grosso onde passou a trabalhar na derrubada de árvores. Ao ser atingido na cabeça por um galho, ele cai ao solo, ficando inconsciente, permanecendo sozinho até a chegada de seus colegas de trabalho. A seguir, seguem os dados de Mário coletados no censo realizado pelos gestores da Saúde Mental, por ocasião do fechamento do hospital:

Após o acidente, não foi para o hospital, foi para casa. Percebeu que estava com o comportamento alterado e pediu que sua mãe arrumasse um hospital para o seu tratamento.

Após várias tentativas por telefone para vários lugares, ficaram sabendo do hospital de X. Veio sozinho, de ônibus (da cidade Y, onde estava morando), sabia que havia um “hospital de mulheres”, ficou sentado no banco da rodoviária e um rapaz veio conversar com ele e ensinou-lhe o caminho do hospital.

Esses registros mostram o conjunto de fatos que aconteceram e que geraram a institucionalização de Mário. Ele, ao perceber seu comportamento alterado, busca um hospital. Sem saber o endereço, procura por um hospital de mulheres (que ouviu falar, conforme me contou em sua entrevista). Ao solicitar informação para um rapaz, na rodoviária, é encaminhado para um hospital psiquiátrico.

Mário, sem saber, estava despedindo-se de sua mãe, pois diante de seu quadro de dores na cabeça e de seu estado de “confusão inicial”, passou a morar naquele hospital. Desde esse ano, 1992, perde o contato com os familiares, o que perdura durante todo o período em que morou lá. Cabe ressaltar que sua institucionalização se deu no auge dos movimentos políticos e do debate sobre a Reforma Psiquiátrica no país.

A história de Mário não é uma exceção, considerando-se a institucionalização de outros internos. Segue o relato de Livia, coordenadora de Saúde Mental do município, que acompanhou o processo de intervenção realizado no hospital:

Teve história de pessoas que caíam na derrubada do mato, a árvore caía em cima dele, aí ficava desacordado, aí quando conseguia chegar ao hospital já estava com uma seqüela,

e quando saíam daquele quadro mais agudo, eles apresentavam uma confusão mental, uma agitação e para onde que ele ia? Para um hospital psiquiátrico. E essas pessoas iam sem identificação, sem nada e então ficavam muitas vezes lá confuso, sem saber dizer quem eram e ninguém sabia como achar suas famílias. Então muitos dos moradores que estão aí tiveram uma história semelhante.

A colocação de Livia aponta-nos sobre a diversidade de situações que “promovem” a institucionalização de pessoas e, a princípio, não da “loucura” no território brasileiro, situações essas que dizem respeito às formas de produção, como por exemplo, os acidentes decorrentes da derrubada das matas da região centro-oeste. Diz Livia, ao se referir às pessoas que vivem nos SRTs em sua cidade:

[...] muitos dos moradores que estão aí tiveram uma história semelhante.

O primeiro capítulo desta pesquisa tratou das “Tantas Histórias sobre a Loucura”, mas poderíamos escrever outro para tratar das “Tantas Histórias sobre os Equívocos da Institucionalização da Loucura!”, evidenciadas pela presença de pessoas internados pelos mais diversos motivos, à semelhança dos vivenciados por Raul, Júlio e Mário. Este percurso pelos diferentes pontos do mapa aponta para um funcionamento sobre um dos processos de institucionalização da loucura, no território brasileiro, lembrando a Grande Internação, na Era Clássica, retratada por Foucault (1995, p. 70) como “[...] utilizando o internamento de um modo equívoco.”

Um cenário composto, simultaneamente, por sujeitos cujas práticas de internação de “[...] um modo equívoco [...]” em geral, não se diferenciam, em relação aos demais dos projetos terapêuticos, daqueles, que ingressam na instituição por outros motivos. (FOUCAULT, 1995, p. 70).

Dessas atuações que envolvem vidas, surge a seguinte questão: diante dos equívocos, que mudam a rota da vida dessas pessoas, introduzindo-as no domínio da desrazão e da doença mental, existe alguma possibilidade desses sujeitos se constituírem de outra forma, de “abandonarem” o circuito de “portador de transtornos mentais”?

Mário passou a ser morador de um Serviço Residencial Terapêutico “[...] criado para portadores de transtornos mentais [...]”, após o fechamento do hospital onde residia. Como poderia Mário se enxergar em uma posição diferente descolando-se da loucura/doença mental morando nessa casa criada com a função de “atendimento”. (BRASIL, 2004, p. 100).

Foucault (2006), em seu livro o “*Poder Psiquiátrico*”, relembra a clássica cena “[...] fundadora da Psiquiatria [...]” no século XIX, a da retirada de Pinel das correntes dos loucos. O filósofo, no entanto, reporta-se a outra cena que, para ele, seria o palco inicial da constituição da Psiquiatria ocorrida na Inglaterra, em época desconhecida quanto à data de sua produção, mas conhecida na França e em toda Europa a partir de 1788. Nesta cena, o monarca inglês Jorge III “[...] entra em mania [...]” e por conta deste episódio. (FOUCAULT, 2006, p. 26).

[...] todo o aparelho da realeza se desvanece, o alienado afastado da família e de tudo que o rodeia, é relegado a um palácio isolado e encerrado sozinho num quarto, cujo o chão e cujas paredes são forradas de colchões para que fique impossibilitado de se ferir. (FOUCAULT, 2006, p. 26).

Seus antigos pajens são encarregados de atender “[...] suas necessidades e prestar os bons ofícios [...]” como o faziam. (FOUCAULT, 2006, p. 26). Porém, não estavam mais na condição de súditos do rei. A missão deles seria colocá-lo em outra posição, convencendo-o, de que está sob “[...] inteira dependência deles e que doravante deve obedecer-lhes [...]” e aquele “[...] que lhe dirige o tratamento declara que ele não é mais soberano, que deve dali em diante ser dócil e submisso. (FOUCAULT, 2006, p. 26).

Jorge III, ao receber a visita do seu antigo médico, motivado pela sua condição delirante, o encobre e da mesma forma é encoberto “[...] por dejetos e imundícies.” (FOUCAULT, 2006, p. 26). Nesse momento um de seus pajens agarra-o pela cintura, limpando o corpo do “rei” com uma esponja e, após trocar as suas roupas afasta-se dele “[...] olhando para ele com altivez.” (FOUCAULT, 2006, p. 26). Após esse episódio, seguem-se sucessivas “[...] lições [...]” utilizando-se outros meios de tratamento, as quais produzem “[...] uma cura sólida e sem recaída.” (FOUCAULT, 2006, p. 26).

Foucault (2006) analisa a cena descrita de Jorge III e seu médico como uma cerimônia de destronamento que coloca o rei em uma condição de dependência total de seus antigos súditos, quando o médico declara explicitamente que ele não é mais soberano.

Aqui não se trata da queda do poder soberano, da troca por outro poder, mas do deslocamento do poder soberano para o poder disciplinar:

Nessa oposição entre o rei, que volta a ser força selvagem, e os servidores que são representação visível de uma força, mas de uma força disciplinada,

creio que vocês tem o ponto em que se prende a passagem da soberania em vias de desaparecer a um poder disciplinar que está se constituindo e que se encontra, nesses pajens mudos, musculosos, suntuosos, ao mesmo tempo obedientes e onipotentes, parece-me sua fisionomia mesma. (FOUCAULT, 2006, p. 20).

A relação do servidor não se distingue quanto à satisfação das necessidades do soberano: é “[...] ele que veste e despe o rei, que presta os serviços relativos às necessidades e a condição do soberano.” (FOUCAULT, 2006, p. 30). No entanto, nessa relação de soberania, a “[...] vontade do rei, seu estatuto de rei é o que fixa o servidor às suas necessidades e às suas condições.” (FOUCAULT, 2006, p. 30).

O que passa a diferenciar a relação dos servidores com o rei, é que os servidores de forma alguma estão a serviço da vontade do rei; são “[...] somente às exigências de certo modo mecânicas do corpo que fixam e determinam o que deve ser o serviço do servidor.” (FOUCAULT, 2006, p. 30). A repressão dos pajens se dará somente “[...] para se tomar um freio à vontade do rei [...]”, quando essa se exprimir para além de sua necessidade e de sua condição. (FOUCAULT, 2006, p. 30).

Foucault (2006, p. 30) salienta que, nessa cerimônia, o cerne da questão da cena está na seguinte proposição geral: “Se você é louco, não adianta ser rei, que não será mais rei [...]” ou “Você pode ser louco, mas não é por isso que será rei.” Mais ainda, a cura do rei Jorge III estaria na submissão do rei a sua nova condição, “[...] na medida em que não foi tratado como rei e na medida em que foi submetido a uma força que não era a do poder real. (FOUCAULT, 2006, p. 30).

Nessa proposição, impõe-se que uma vez que você experimente o lugar da loucura, você não será reconhecido de outra forma: a perda do poder soberano torna-se eterna diante da experiência da loucura na constituição de poder psiquiátrico.

Foucault (2006, p. 40), ao evidenciar a cena da perda de soberania de Jorge III, coloca “em suspenso” a cena inicial de Pinel retirando as correntes dos loucos, deslocando a atenção para a cerimônia de desapossamento e suas implicações nas práticas do asilo:

Vocês encontram na cena protopsiquiátrica tudo o que podemos chamar de perda de soberania - coroação, desapossamento, submissão, fidelidade, rendição, etc.- mas também encontram a séria de rituais de serviço que são impostos por alguns aos outros: dar ordens, obedecer, observar regras, punir, recompensar, responder, calar-se. (FOUCAULT, 2006, p. 40).

O autor, ao deslocar a “cena inaugural” da Psiquiatria para o desapossamento da soberania do rei, retira do hospital psiquiátrico o lugar de sua “fundação”, fazendo a seguinte proposição:

[...] se quiser fazer uma verdadeira história da Psiquiatria, em todo caso da cena psiquiátrica, tem-se de situá-la nesta série de cenas: cenas de memória, de soberania, dos rituais de serviço, dos procedimentos judiciais, das práticas médicas, e não dando como ponto essencial a análise da instituição. (FOUCAULT, 2006, p. 31).

Na perspectiva de que o rei nunca mais exercerá seu poder diante de seus súditos ou desfrutará o exercício de suas vontades e de suas necessidades perante os pajens, que limpam os seus dejetos jogados, cuja cena marca a constituição da história da Psiquiatria, anterior ao nascimento do hospital psiquiátrico, a extinção dos manicômios constitui-se em um aparato importante no processo de desinstitucionalização da loucura, mas não destitui a “cena inaugural” do saber psiquiátrico.

A constituição dos Residenciais não descarta as “[...] séries de cenas [...]” que, possivelmente, consolidaram a criação do hospital como o lugar de exclusão da loucura. (FOUCAULT, 2006, p. 31) Parece que “[...] a cena de Jorge III constitui um corte muito importante, na medida em que contrasta nitidamente com certo número de cenas que tinham sido a maneira regrada e canônica de tratar a loucura até então.” (FOUCAULT, 2006, p. 41). Instaurando os “[...] elementos nucleares de todas as cenas psiquiátricas que vão desenvolver em seguida e sobre as quais se constituirão tanto a teoria como as instituições psiquiátricas.” (FOUCAULT, 2006, p. 44).

A história de Mário e de outros moradores que tiveram situações semelhantes de internação e que hoje vivem nos SRTs; como Raul que perdeu a embarcação e foi deixado em um hospital psiquiátrico; Júlio que perdeu o ônibus e ao desesperar-se diante do ocorrido foi parar em um hospital psiquiátrico e, de muitas outras histórias de pessoas desviadas também para o hospital psiquiátrico e ingressas na carreira de doente mental, nos remetem à cena “inaugural” de destronamento do rei que, ao entrar em mania, é destituído de seu lugar de soberania.

Essas “cerimônias” de destronamento testemunhadas em diferentes pontos do país apontam-nos a necessidade de instituir políticas públicas diferenciadas, com moradias direcionadas às pessoas egressas de internações de longa duração, que

não se constituam somente como locais de atendimento aos portadores de transtornos mentais.

Além dessa diferenciação, que essas políticas venham a garantir, além de um lugar para morar, a possibilidade do resgate da soberania, da qual elas vêm sendo sujeitos de eterna desapropriação devido aos posicionamentos reservados à loucura.

Mário, morador do sobradinho verde, é considerado, pelos gestores, como o morador com melhores condições de gerenciar o cotidiano de sua vida. A confusão mental em função da queda do galho em sua cabeça se manifestou de forma transitória, não afetando os domínios da razão em virtude do acidente que sofrera. No entanto, ele é visto pela equipe como um “preguiçoso” e, em virtude disto, não teria condições de viver em uma moradia fora do Residencial Terapêutico.

O prefeito da cidade onde Mário vive, adotava, por ocasião de minha estada na cidade, uma política habitacional isenta de pagamento de qualquer taxa e/ou prestações para pessoas em condições de vulnerabilidade social, reservando três por cento dessas moradias para portadores de transtornos mentais.

Mesmo com o incentivo dado pelo prefeito, no sentido de possibilitar o ingresso dessas pessoas em moradias inseridas nas políticas de habitação popular da cidade, dando-lhes um lugar diferenciado, os gestores de Saúde Mental não utilizavam, até aquele momento, as cotas destinadas ao portador de transtornos mentais, ou melhor, nenhuma casa foi utilizada para as pessoas egressas do hospital e que sofreram a intervenção e extinção naquela cidade.

A possibilidade de Mário adquirir uma casa popular, deixando de habitar uma casa inserida no Sistema Único de Saúde sob gerência dos especialistas em Saúde Mental, não se constituiu como projeto terapêutico para ele, mesmo com a análise do gestor de que grande número de pessoas, que hoje vivem no Residencial, é egresso por motivos e internações equívocas.

Vivendo no Residencial, Mário não tem acesso a seu documento de identidade e ao cartão do banco que gerencia o benefício do programa “De Volta para Casa”. Ao sair do hospital, seus documentos que estavam sob gerenciamento da administração, foram perdidos; os gestores de Saúde Mental refizeram-nos, mas os mantêm em um armário na Coordenação de Saúde Mental. Então, parece que, a Mário, como a outros tantos, é negada a soberania como foi feito com o rei.

Nesta(s) história(s), vemos elementos de cenas, como a da destituição eterna do rei, ou do cortador de árvores, que constituem e definem a vida de pessoas, em um conjunto de práticas e olhares que, ainda hoje, se dispõem nos Residenciais.

Ao nos depararmos com práticas e olhares que definem a vida de Mário no Residencial de formas similares às do hospital, reporto-me ao artigo de Swain (1987, p. 172) cuja autora assinala que a “[...] história na Psiquiatria, como em qualquer outro lugar, é aquilo de que é preciso lembrar para não repetir.” Ao pensarmos no lugar que a Casa dos Loucos ocupa na história do saber psiquiátrico, farei o percurso por essas instituições, lembrando cenas da vida do manicômio para quem sabe, talvez de forma utópica, com o desejo de traçar o mapa da Reforma Psiquiátrica no Brasil, “não repeti-las” na vida dos Residenciais. Nesta dura caminhada, mostrarei as narrativas de pessoas que trabalharam naqueles locais e, hoje atuam como cuidadores nos Residenciais, as narrativas dos usuários, bem como a minha trajetória de trabalhadora em um hospital psiquiátrico no sul do país.

Iniciarei, trazendo à discussão, as estratégias instituídas pelo saber psiquiátrico, que configuram um permanente estado de carência do interno, com o objetivo de “[...] mantê-lo abaixo de certa linha média da sua existência (FOUCAULT, 2006, p. 192)”.

Este processo tem começo por ocasião do ingresso dos internos na instituição, quando são despojados de seus bens e objetos pessoais, conforme presenciei na experiência como trabalhadora de hospital psiquiátrico. Goffman (1999), ao discutir o funcionamento das instituições totais<sup>18</sup>, aponta que uma das primeiras ações do hospital psiquiátrico, por ocasião da admissão do internado, é a de despojá-lo de seus bens. No processo de ingresso na instituição, ocorre um duplo movimento, o de esquecimento e o de afirmação de marcas substitutivas, essencialmente padronizadas, demarcando seu pertencimento à instituição. O internado é despido de seus objetos, tais como pentes, aparelhos de barba, recursos de banho, produzindo-se, assim, a sua “[...] desfiguração pessoal [...]” e a padronização do corpo, através da utilização de roupas iguais marcadas com as letras da instituição. (GOFFMAN, 1999, p. 27).

---

<sup>18</sup> Instituições fechadas: manicômios, prisões e conventos.

Lembro uma cena que vivi naquele hospital. Um funcionário do setor jurídico caminhava, parecendo-me perplexo, pelos corredores do hospício, carregando uma caixa de madeira. Intrigado e angustiado com a caixa que encontrou no seu setor, ele ao conversar comigo, procurava um sentido e um fim para seu achado. Ao abrir a tal caixa, vivi um momento horripilante: o conteúdo da caixa era um amontoado de dentaduras, de todos os tipos, guardadas e empoeiradas pelo curso do tempo. Esse achado me fez entender o fato de muitos dos moradores que ali viviam não terem dentes. Parece que tirar-lhes a dentadura fazia parte da cerimônia de destronamento do seu 'status' anterior, da sua vida antes de chegar ao hospital.

Talvez, como uma forma de atenuar essa padronização de que foram alvo, alguns internos passavam a buscar outras marcas de identidade, cultuando objetos (garrafas vazias, jornais velhos, sapatos, revistas...) que carregavam em sacolas, no dia a dia, como se fizessem parte de seu corpo e de seus bens, cujos significados, diferenciavam-nos dos demais passantes.

Aos comportamentos dessas pessoas, a Psiquiatria reservaria leituras como "comportamento bizarro" e "inadequado", por exemplo. Todavia, Basaglia (2005), ao propor uma leitura antropológica do interno em uma instituição, elabora interpretações diferentes da Medicina Psiquiátrica. Para o autor, as características como a desorganização, a obscenidade, o "[...] modo inconveniente [...]", são "[...] manifestações agressivas nas quais ele ainda está buscando, de um modo diferente (o da provocação, talvez), sair da objetualidade em que se sente encerrado, para testemunhar que existe, seja como for." (BASAGLIA, 2005, p. 182).

Para os funcionários da instituição, no entanto, o recipiente e os objetos eram apenas "sacos com lixo", o que justifica que devam ser retirados deles nas "batidas" realizadas, periodicamente, dentro das unidades do hospital.

A constatação de que nas experiências deste estudo, parte dos profissionais que trabalharam nos hospitais psiquiátricos passa a atuar como cuidadores nos Residenciais, nos leva a indagar se com a passagem desses trabalhadores para essa modalidade de atenção em Saúde Mental, se estabeleceria um outro olhar para estes objetos que os usuários trazem como marcas identificadoras? Como serão equacionados pelos cuidadores e gestores esses "modos inconvenientes" de estar no Residencial?

Em relação ao desfiguramento das pessoas, considero importante pensar sobre as vestimentas dos internos. Foucault (2006, p. 192) analisa "[...] a tática de

indumentária, datada de 1834 [...]”, destacando que a roupa do alienado é merecedora de especial atenção. Ao supor que os internos antes de seu ingresso na instituição “[...] tiveram belas roupas, adereços.” (2006, p. 192), essas indumentárias demarcariam seu antigo esplendor. Assim, o que se coloca como central para pensar nesta padronização das vestimentas refere-se ao seu funcionamento como estratégia para se consolidar de perda da condição, “da soberania” anterior à chegada do hospital.

No entanto, mesmo quando as roupas já não trazem as marcas da instituição, tornam-se visíveis outras marcas: as diferenças no olhar, no sorriso, na tonicidade do corpo. Configura-se um corpo institucionalizado, um corpo com “jeito de louco”.

A diferença demarcada no corpo é percebida pelos próprios internos da instituição, como Rui, que, ao receber a indicação de alta para o espaço de moradia extra-hospitalar, exigiu do médico o papel azul que autorizava sua saída. À ponderação de que, estando de alta, não seria necessária tal autorização, respondeu:

É que, se me virem na rua, vão ver que eu sou do hospital e a polícia vai me trazer de volta [...]

Nas práticas que integram o cotidiano do manicômio, é visível o processo de desfiguramento do corpo que ali passa a viver. Esse corpo institucionalizado, marcado pela trajetória na instituição, pode ser percebido como:

[...] formado por uma série de regimes que os constroem, ele é destroçado por ritmos de trabalho, repouso e festa; ele é intoxicado por venenos – alimentos ou valores, hábitos alimentares e leis morais, simultaneamente ele cria resistência. (FOUCAULT, 1986, p. 27).

Este desfiguramento do corpo se dá em meio às fezes e à urina acumuladas no corpo e no entorno dos internos. Volto ao momento em que o rei Jorge III, depois de ser destituído de seu reinado, é relegado “[...] à decadência, no meio do dejetos, da imundície.” (FOUCAULT, 2006, p. 31). O gesto de atirar lamas e dejetos em alguém assume uma “[...] significação histórica [...]”, tratando-se de um gesto de “[...] insurreição dos poderosos.” (FOUCAULT, 2006, p. 31). Mais que um gesto, a imundície como forma de destituição assumiu um lugar privilegiado em minha trajetória enquanto trabalhadora de um hospital e nas instituições psiquiátricas que fizeram parte desse estudo.

A experiência de Anita, ex-cozinheira de um hospital no nordeste, ilustra o estado de decadência a que os moradores da instituição eram (são) submetidos:

Não, no reforço não existia banheiro, era no chão, faziam cocô, [...] teve uma que dizia: não posso ir não estou menstruada, me pedia, mas eu não podia fazer nada. Quem sou eu? Roupa não tinha, tudo cheio de piolho, não me lembro bem quem era. Eu sou difícil de gravar as coisas, mas o fulaninho era amarrado na cama sem colchão. Antes da intervenção chegar não existia uma cama, [...] quando tinha medicação a gente vinha com um balde, balde de lixo, tudo no reforço, uns batiam na porta, outros xingavam outros choravam. E ra desse jeito.

Esses dejetos extrapolam a superfície do corpo dos internos, e passam a ser introjetados na forma de alimento, como forma de saciar a fome, conforme relata Jonas, ex-segurança do hospital que hoje trabalha como cuidador nos SRTs implantados nessa região:

Eles comiam rato lá. Até teve um deles que quando chegou à residência, eles tinham saído do hospital e pouco tempo que eles estavam na residência eles viram um rato e saíram atrás do rato. Então, era isso que me marcava -a fome e eles comendo essas coisas.

Os internos deglutiam outros dejetos como baratas, grilo, besouro, rato, tudo como forma de suprir a escassez dos alimentos. Anita, cozinheira de um hospital psiquiátrico, lembra seguidamente em nossas conversas, da falta de alimentos no hospital e de sua angústia em administrar esta escassez na preparação das refeições diárias:

De manhã no café deles era cuscuz, não era aquele de qualidade, era aquele de pior qualidade. O leite era no mínimo cinco pacotinhos nas cinco cuscuzeiras [...]. Eu deixava feito para o outro dia, dava só para cheirar o leite, não era para sentir o gosto do leite não, não estava satisfazendo nem aquilo. Eles estavam famintos, hoje em dia a palavra é surtou, mas naquela época era louco mesmo, não eram mais como seres humanos eram loucos, estavam famintos, [...] às vezes eu levava café, levava uns três pacotes para fazer um café de verdade, mas eu dava um pacote pra eles e fazia um chafé, eram tudo loucos por chafé. Tudo antes da intervenção chegar. O tempo foi passando e eles sofrendo [...]

A terapia asilar dos anos de 1838-1840, na constituição do modelo asilar dessa época, se organizava em torno de certo número “[...] de planos, procedimentos táticos, de elementos estratégicos [...]” que eram importantíssimos em relação à própria constituição do saber psiquiátrico, talvez até os dias de hoje.” (FOUCAULT, p. 180). Dentro desse sistema de carências a que o doente é

submetido, a tática da escassez da comida se constitui em uma importante estratégia utilizada pelo poder psiquiátrico com o caráter de punição do interno:

Temos também a tática da comida que deve ser sóbria, uniforme, fornecida não à vontade, mas em rações na medida do possível, ligeiramente abaixo da média. Aliás, a esse racionamento geral da comida no asilo acrescentou-se, principalmente depois da política de no retrain, isto é, de supressão de uma parte dos aparelhos de contenção, uma política de supressão punitiva da comida: privação de pratos, jejum, etc. Foi a grande punição asilar. (FOUCAULT, 2006, p. 192).

Paulo, cuidador de um Residencial Terapêutico, que trabalhava como recepcionista e segurança no mesmo hospital de Anita, conta algumas ações dos funcionários, na tentativa de atenuar o estado de carência e a fome a que os internos eram submetidos.

Era para eles, os seguranças levavam pra eles lençóis, lanche da gente os seguranças pegavam e levavam escondidos às vezes, porque eu ficava na recepção e tomava conta de tudo: lanche, setor de compras, na recepção... À noite quase tudo passava por mim.

Ao escutar Paulo falar de seu cotidiano nos tempos em que trabalhava no hospital psiquiátrico, outra passagem relatada por ele me comoveu a ponto de eu disfarçar as lágrimas que ameaçavam escorrer, interrompendo o curso “natural” da entrevista. O choro embargado se deu ao ouvir o testemunho de Paulo inconformado com a situação dos moradores que dormiam no chão e que usufruíam dos colchões do almoxarifado liberados para os internos do hospital, apenas quando ele estava sob fiscalização e avaliação:

Lá no hospital onde eu trabalhava [...] Eu entrei no sindicato para colocar eles na Justiça para eles não me botarem pra fora, porque eu fazia determinadas coisas para defender seus pacientes e todos me petrificavam, porque de tanto ver sofrimento eu pedia tanto a Deus pelo menos pra Deus agir na vida deles para melhorar, eu pedia o que? Um colchão, eu pedia um lençol, uma cama, porque eles dormiam no chão sofrendo, Deus foi tão bom que deu para eles, porque lá eu pegava colchão do quarto, que era cheio de colchão, tudo escondido. Só quando veio a intervenção eles colocaram nas camas eu consegui uma chave de lá e tirei um cópia aí volta e meia eu tirava os colchões e foi acabando, acabando, aí descobriram que fui eu.

A estratégia de colocar os internos em uma situação de carência permanente na constituição do espaço asilar aparece nos relatos dos funcionários do hospital localizado na região nordeste do país e nas demais instituições visitadas neste

percurso, “[...] até os dias de hoje.” (FOUCAULT, 2006, p. 180). Na contramão do estado de penúria a que os internos “eram” submetidos, alguns funcionários doavam seu lanche, liberavam os lençóis e colchões, seqüestrados pelo dono de hospital que somente os cedia aos internos nos dias de visita e presença dos órgãos fiscalizadores.

A figura do vigilante, retratada por Foucault (2006) em seus escritos, tem uma importante função junto ao asilo, atuando como um dos intermediários do poder do médico. Ao apresentar este personagem, ele expõe como este “[...] deve ser.” (FOUCAULT, 2006, p. 7).

Há que exigir no vigilante de insensatos uma estatura de corpo bem proporcionada, músculos cheio de força e vigor, uma postura ativa e intrépida, se for o caso, uma voz cujo tom, seja fulminante, quando necessário, além disso, ele deve ser de uma probidade severa [...] (FOUCAULT, 2006, p. 7).

Paulo, um homem alto, robusto e que possui uma estatura acima da média dos moradores de seu Estado, talvez fosse o modelo perfeito, descrito pelo filósofo, para ocupar o lugar de vigilante na instituição psiquiátrica. A angústia vivenciada diante do testemunho dos maus tratos que as pessoas sofriam na instituição, e as tentativas de burlar a “[...] grande carência.” (FOUCAULT, 2006, p. 193), estratégias de organização do poder disciplinar demarcaram relações que infringiam a ordem asilar por parte dele e de outros funcionários: a solidariedade com os internos.

O “[...] manicômio é o lugar zero da troca.” (ROTELLI, 1981 *apud* SARACENO, 1999, p. 63). A afirmação retomada por Saraceno (1999) lembra a condição de expropriação ao máximo dessas pessoas pela Psiquiatria. No entanto, aqui não se considera a solidariedade que se faz presente nas atitudes de alguns funcionários e na relação entre os moradores do hospital. Nesse sentido, não seria pertinente colocarmos o manicômio como lugar zero de troca, mas pensarmos sobre as relações que se constituem no espaço asilar. Para tanto, trago a seguinte passagem:

Luis, morador de um residencial na região nordeste, em uma roda de conversa com seus companheiros do Residencial, respondendo a pergunta sobre qual lugar preferia viver, no hospital ou na casa, respondeu-me que prefere o hospital, pois lá há mais pessoas. O “sentido” do morar para Luís, possivelmente, passe nessa convivência com os amigos que conheceu no hospital.

A fala de Luís nos coloca diante do desafio de disponibilizar aos usuários que ingressam nos SRTS, outros elementos e atravessamentos que constituem a sua “morada interna”, para quem sabe, um dia eles preferirem morar em um Residencial Terapêutico. Mais do que isso, Luís nos chama a atenção sobre os critérios usados pelos gestores para a associação dessas pessoas nos Residenciais.

No caso de Luís, ele mora em uma casa na região nordeste, assim como no de Maria da Praça, cuja casa é na região centro-oeste, mas para os gestores esses são os lugares onde estão os “mais crônicos”. Possivelmente as escolhas afetivas de Luís não passam pelo grau de cronificação de seus “amigos”. Vivendo em um Residencial, com a presença de um porteiro durante as vinte e quatro horas do dia, talvez ele, dificilmente, pudesse desfrutar de outros encontros e escolhas afetivas, que não os delegados pelos gestores.

Uma das situações que me marcou nesse percurso foi o reencontro de Luís com um de seus colegas dos tempos do hospital, em uma festa organizada pelos gestores no Centro de Convivência da cidade. O abraço apertado, o beijo no rosto, o brilho nos olhos dos amigos saudosos fizeram-me pensar na solidão que Luís passou ao viver morando em uma casa fechada com sete pessoas. Aparece nessa cena que as “soluções administrativas” adotadas pelos gestores, assim como os quartos para camas e para armários, referendados anteriormente, produzem espaços onde além de perpetuar as divisões nosográficas do modelo psiquiátrico, abortam a possibilidade de se viver com quem se gosta, “na casa que habita em nós...”

A solidariedade e a relação de amizade entre os moradores e alguns funcionários, acalentadora da dura vida de manicômio, provavelmente, não se encontram nos escritos oficiais da história da loucura.

No entanto, mesmo com o testemunho da cumplicidade de Paulo e de alguns funcionários diante do horror do cotidiano do hospital, ao seguir a conversa com ele, pude perceber que possivelmente, enquanto segurança do hospital, ele era obrigado ao uso do vigor da força de seus músculos, como forma de atuar na ordem vigente e no lugar ocupado na instituição, conforme aparece em seu relato:

Hoje em dia é diferente, antigamente, eu trabalhava como carrasco, porque me obrigavam, hoje em dia é o oposto, se fizer isso é penalizado [...]
--

Na seqüência de minha conversa com Paulo e, diante da revelação de que mesmo preocupado com a escassez de alimentos, a inexistência de colchões e lençóis para os moradores do hospital, ele assumira o lugar do “carrasco”, pergunto como ele se sentia frente ao papel que ocupava na instituição:

Sabe que tu falaste uma coisa que mexeu comigo, porque eu trabalhei no hospital e mesmo com toda a crítica eu via que fazia coisas que não era legal! É tão difícil a gente se dar conta disso né, mas ao mesmo tempo, a gente estava naquele lugar assim.

Ao ler a transcrição do material da entrevista com Paulo e me deparar com a minha resposta diante da sua “confissão”, surge a dúvida de se eu deveria inserir o diálogo que estabeleci com ele, o que me fez interromper os trabalhos naquele dia, pelo desconforto e tristeza que este diálogo com Paulo me trazia.

Refliro que, mesmo com a crítica em relação à ordem asilar, no cotidiano da instituição, vamos incorporando os modos de pensar, agir e posicionar a loucura vigentes. Assim, as sensações de desconforto e de crítica inicial vão sendo substituídos pelo embrutecimento de nossos sentidos e pela naturalização daquelas práticas, o que dificulta ou mesmo impede a problematização dos conhecimentos e das ações habituais nas intervenções cotidianas na instituição.

Nessa naturalização, “repetimos” as práticas vigentes; mesmo não querendo aceitar entrar na ordem, algumas vezes percebemos o seu penetrar. Quando entramos na ordem vigente para a loucura e nos discursos vigentes na instituição, passamos a ocupar o lugar do “carrasco”. Mesmo que este não se expresse pela força dos músculos, atravessa “corações e mentes” tornando-nos frios e insensíveis à presença e a situação daquelas pessoas. Esse processo parece inevitável, pois estarmos imbuídos de um mandato, é estarmos “a serviço” do poder psiquiátrico, como conclui Paulo em nosso diálogo:

[...] fiz porque era mandado, né! Se você tem um patrão e ele diz faça assim tem que fazer. Hoje eu estou desfazendo o que foi feito no passado, tiraram o direito deles viverem, excluíram eles da sociedade agora nós estamos colocando eles de volta, aos poucos.

Essa conversa me faz pensar que, mesmo do interior de outra proposição para o tratamento dado à loucura, eu não me encontrava fora de relações de saber/poder e das verdades que vem posicionando os loucos e o tratamento dado a essas pessoas. Esse testemunho mostra tanto o limite das nossas ações em

qualquer posição ocupada, quanto a necessidade de pensarmos sobre os critérios das nossas intervenções, uma vez que elas atuam no campo de possibilidade do outro.

Assim este poder não pertence ao médico, “ao patrão”, “[...] mas a um grupo, só há poder por que há dispersão, intermediações, redes, apoios [...]”, o vigilante ocupa o lugar daquele cujo “[...] olhar desprovido do saber científico, atua como uma espécie de lente, um canal ótico que dará subsídios para constituição e intervenção do saber médico.” (FOUCAULT, 2006, p. 7).

A suposição de que Paulo tenha utilizado a força dos músculos “a serviço do rei”, coloca a emergência do poder disciplinar como forma de dominação dos internos, na qual a utilização de amarras para contenção, anteriormente retiradas por Pinel, compõe ainda hoje o cotidiano das pessoas que vivem nos hospitais psiquiátricos.

Durante as entrevistas com os profissionais, eu solicitava, geralmente no final das entrevistas, que eles narrassem uma cena que os marcara positiva ou negativamente na trajetória profissional. Paulo se lembra do sistema de contenção dos internos da instituição:

Do outro o que me marcou eram aquelas cenas do pessoal amarrados nas camas sem colchão[...]

Anita, a cozinheira do hospital, fala dos momentos em que os moradores do hospital eram colocados no “reforço”. Ao lhe perguntar o que era o “reforço” na instituição onde trabalhava, ela conta:

Reforço era uma pedra de cimento e só, era como um negócio pra defunto, feito de cimento, as janelas não tinham proteção nenhuma de chuva de sol, era aberta feita de zinco e aberta, esses cristãos ficavam lá abandonados, e na hora de comer eles davam aquela bandeja e era direto essa vida. Os funcionários, eles torturavam muito aqueles que ficavam agressivos. Eles amarravam lá, eram amarrados e na cama sem colchão, muitos anos.

Já, Anita relaciona o uso do reforço como forma de manutenção da ordem vigente na instituição:

Conversando que era difícil, porque conversa não existia, esse negócio de conversar com o paciente, vou conversar pra ver se ele não vai mais desobedecer, não existia, a conversa era reforço. Bota lá no reforço, os funcionários amarravam e torturavam e diziam aquele ali vai passar uns dois dias sem comer e passavam.

A constatação da antiga cozinheira do hospital evidencia o lugar do soberano em relação ao poder disciplinar, ao dizer:

[...] esse negócio de conversar com o paciente pra ver se ele não vai me desobedecer, não existia [...]

Ao retomarmos os escritos de Foucault (1995, p. 495) sobre a “História da Loucura”, constatamos que o filósofo nos atenta para uma segunda forma de reclusão, inaugurada por Pinel, aos que se recusavam “[...] aos benefícios da reforma asilar [...]”, sendo eles:

Devotos que se acreditavam inspirados, que procuravam incessantemente fazer outros poséritos e sentiam um prazer perdido em excitar os outros alienados a desobediência sob o pretexto de que mais vale obedecer à Deus que os homens. (PINEL *apud* FOUCAULT, 1995, p. 495).

Para os desertores da ordem asilar, a “[...] reclusão e a cela serão igualmente obrigatórias.” (FOUCAULT, 1995, p. 495). A vigência do poder disciplinar, a partir das colocações do autor, não exclui a possibilidade do exercício do poder soberano e das possíveis amarras (seja ela na forma de correntes ou de contenção em quatro paredes) diante da figura do transgressor que não se submete ao tratamento moral imposto por Pinel *apud* Foucault (1995).

No primeiro momento, podemos pensar que estes métodos de contenção fossem utilizados em situações extremas, apenas “[...] àqueles que não conseguem dobrar-se à lei geral do trabalho e que, sempre numa atividade malévola, comprazam-se em irritar às outras alienadas [...], conforme os escritos de Pinel, transcritos por Foucault (1995, p. 495) na “*História da Loucura*.”

Porém, o que se observa no cotidiano dessas instituições é que qualquer gesto pode ser visto como um risco à ordem asilar, como me contou Miriam, moradora de um Residencial do centro-oeste do país, ao falar dos tempos do hospital. Ela lembra o dia em que foi tomar banho e, ao sair, foi questionada pelo seu ato, já que estava fazendo a higiene pessoal do corpo fora do horário estipulado pelas regras da instituição. Ela conta que, em função disso, foi amarrada na solitária do hospital.

A experiência vivenciada por Miriam, que se autorizou a tomar banho fora do tempo instituído, mostra o funcionamento sobre a forma de conduzir os internos que

infringem a ordem asilar, dos que não conseguem “[...] dobrar-se à lei geral do trabalho” (FOUCAULT, 1995, p. 495) através da utilização de celas e a reclusão dos internos, como estratégia de dominação. Essa passagem nos remete ao que Foucault (1995) nos fala sobre a emergência do poder ligado às estratégias de violência (uso de correntes, celas, a prisão) em sintonia, ou “a serviço” do poder disciplinar.

Para Foucault (2006, p. 190), a soberania não desaparece; quando necessário entra em funcionamento e articula-se à disciplina, no disciplinamento dos corpos, sendo ambos os poderes “[...] constitutivos dos mecanismos gerais do poder em nossa sociedade.”

Nesta situação e nas instituições psiquiátricas percorridas torna-se visível o exercício de práticas de soberania a serviço do poder disciplinar, como a que observamos na situação descrita. Na ruptura com a ordem vigente, pela fissura causada na estratégia do controle do tempo do poder disciplinar, sinalizada pelo livre arbítrio de tomar banho fora do horário imposto pela instituição, Miriam é colocada em uma posição de “assujeitamento” às amarras do poder soberano.

A terapêutica no período dos anos de 1838-1840, centrada no controle do tempo dos internos, através da punição, Foucault (2006, p. 190), retomando as considerações de Falret, no ano de 1854, sobre a vontade dos internos, vai dizer que:

Em vez de ser abandonado de si mesmo, de seguir o impulso de seu capricho, ou de sua vontade desordenada, o alienado é obrigado a se dobrar diante de uma regra, que tem tanto ou maior poder por ser estabelecido para todos. Ele é obrigado a ceder na mão de uma vontade alheia e fazer constantemente um esforço sobre si mesmo para não incorrer nas punições vinculadas a infração [ao] regulamento. (PINEL *apud* FOUCAULT, 2006, p.190).

Ao ordenamento e incorporação de um tempo e ritmo de vida asilar, “faça chuva ou faça sol”, articulam-se as “pequenas violências” às quais o corpo é submetido, como é possível ver nas experiências narradas por Anita:

<p>O banho de sol deles era às nove horas, se chovesse, se viesse sol, o banho de sol deles era esse, sem nada, ao léu um quadrado que tinha lá. Se fosse sol era no sol não tinha proteção nem uma árvore pra ficar na sombra não, aí entravam às nove horas e saíam na hora do almoço. Eles iam almoçar eram onze e trinta, comiam um pão.</p>
--

Ao ouvir o relato de Anita de que as pessoas eram submetidas ao “banho de sol” nos dias de chuva, a primeira sensação que tive, foi a de que eu não teria escutado bem. Pergunto então: banho de sol, se estivesse chovendo?

Para minha surpresa, Anita confirma que as pessoas ficavam na chuva, sendo forçadas a ficarem lá sem um simples lugar para se protegerem:

Tinha que ir. Não tinha esse negócio assim vou ficar. Fulano! Ah, ele não quer ir não. Ele ia à força! Iam ao empurrão, na gravata, eles tinham que ir, era obrigado [...] Ficava, se molhando lá. Quando era o almoço, a gente começava a fazer comida às dez horas, eles quando iam entrar eram onze e trinta, agora pra comer o que? Para comer a soja com um purê de carne moída, sem nada, só na água, no sal, eles nem queriam mais, era jogado direto na lavagem.

A presença do tempo e a sua demarcação no asilo aparecem também em uma obra desenhada por um dos moradores, nos muros do hospital psiquiátrico, no centro-oeste do país; tempo instituído pela ordem vigente, à ordem Divina, experiências com “velocidades diferentes” colocam em suspensão a existência dos tempos disciplinares vigentes:

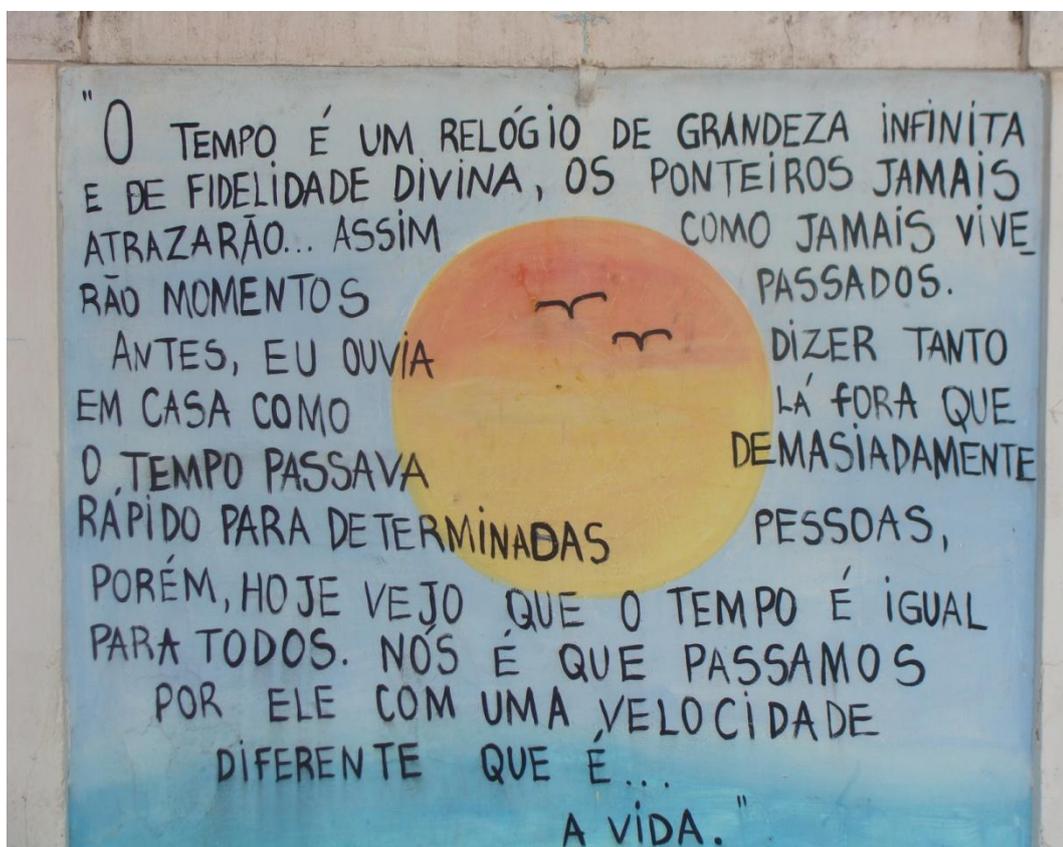


Figura 2 – Produção de um Interno em um Muro de um Hospital Psiquiátrico do Centro-Oeste do Brasil

Nos tempos demarcados pelo hospital psiquiátrico e vivenciados pelos internos, há ponteiros de diferentes compassos, compassos ordenados pelo tempo da disciplina, compassos delimitados pelo impulso de vida dos moradores do hospital.

No entanto, no tempo contínuo, assinalado pelo disciplinamento do corpo, aparece a interrupção com a “parada” e o isolamento nas celas. Isso surge na experiência de Kátia, quando era submetido às celas fortes de um hospital na região sudeste do país.

Marilda, moradora de um Residencial do sudeste e amiga confidente de Kátia, contou-me, em um dos passeios que fizemos pela cidade, que a amiga freqüentemente era colocada nas solitárias do hospital psiquiátrico onde moravam. Relata que, uma vez, Kátia ficou durante três meses presa em uma cela forte. Os funcionários somente abriam a cela para entregar comida e água para a amiga. Para marcar o período em que ficou na cela, Kátia usou como referência as três vezes em que ficou menstruada “vivendo” ali. No disciplinamento do tempo, do corpo e da vida dos internos, a punição associa-se ao suplício e demarcações fixas, como as regras estipuladas de horários para banho, refeições, banho de sol (chuva), para dormir, etc; elas estão ali para serem regidas quando se “fugir” `as regras.

A revelação de Marilda, além de apontar as práticas de crueldade e maus-tratos presentes nas instituições psiquiátricas, nos coloca diante dos tipos de “cuidados” que são dispensados aos internos.

Nesse sentido, voltemos à passagem do rei Jorge III, citada por Foucault (2006, p. 26), como uma cena de importância fundamental para análise das práticas instituídas e, possivelmente vigentes, na constituição do saber da Psiquiatria: o rei ao ser coberto por “[...] dejetos e imundícies [...]” recebe a intervenção do pajem. O rei, na condição de súdito de seu antigo servidor, submete-se aos cuidados pessoais do mesmo:

Um dos pajens entra imediatamente no quarto sem dizer nada, agarra pela cintura o delirante, também reduzido a um estado, de sujeira repugnante, derruba-o numa pilha de colchões, despe-o, limpa-o com uma esponja, troca as suas roupas e, olhando para ele com altivez, afasta-se logo em seguida, voltando para seu lugar. (FOUCAULT, 2006, p. 26).

A limpeza do corpo do rei pelo pajem, ainda que na condição de humilhação a que ele é submetido, assinala a presença do pajem como aquele que vai satisfazer as suas necessidades, porém a vontade do rei é destituída dessa relação de cuidado, estando sob poder do médico.

Contudo, na cena relatada por Marilda nos tempos em que a amiga era enviada para as celas do hospital psiquiátrico, a satisfação de necessidades da moradora a colocavam em um limiar entre a vida e a morte, já que o atendimento às suas necessidades reduzia-se à entrega de comida e água.

Com essa discussão, busco mostrar que a experiência vivenciada por Kátia não contempla a cena do rei: os colchões, o banho e a troca de roupas na instituição psiquiátrica onde ela vivia.

Para Costa (1989, p. 49)., as instituições psiquiátricas brasileiras são “[...] locais de morte e infâmia.” O psiquiatra problematiza a posição dos profissionais, que vem se ocupando da Psiquiatria, no Brasil, ao afirmarem que os doentes mentais “[...] sem mim ele vai morrer, ele vai perder a dignidade.” (COSTA, 1989, p. 49).

Numa visão oposta a dos colegas, ele diz (COSTA, 1989, p. 49):

Pelo contrário, foi com ela, a Psiquiatria, e não obstante ela, que estas coisas estão acontecendo. Tutela de médico? Que mentira! As pessoas morrem feito rato nestes locais malcheirosos e horrorosos, As pessoas, por que “são loucas”, são pessimamente tratadas onde quer que estejam: ambulatórios, serviços de clínica geral, unidades de internação. (COSTA, 1989, p. 49).

O abandono, o descaso, os maus-tratos, como a situação vivenciada por Kátia, traduzem uma prática que assinala um investimento zero neste corpo; um corpo deixado para morrer, um corpo aniquilado, lembrando a cena do suplício relatada por Foucault (1987) em “*Vigiar e Punir*.”

Na cena de Kátia, no entanto, ela não contava com possíveis “gestos de solidariedade” da platéia; vivia o suplício solitário, nua, envolta apenas pelas paredes escuras da cela fechada. O tempo era contado pela “chegada do sangue” que escorria mensalmente por entre as suas pernas. Kátia estava à margem das estratégias disciplinares de controle do tempo, à deriva do suplício solitário, “de fora” da “[...] tutela do médico.” (COSTA, 1989, p. 49).

Ao seguir a caminhada com Marilda, sua amiga, conta-me que Kátia era uma moça que gostava de viajar, acampar, namorar e sua família não aceitou a forma

como ela “se comportara”, uma mulher a desfrutar de seus gostos pela bebida, festas, amigos e paixões. Kátia fazia parte dos “equivocos” da história da loucura, pois essas foram as “causas” que desviaram a sua vida para o manicômio.

A esse contorno do mapa, que trata do percurso dentro das instituições psiquiátricas, eu me colocava como sujeito da experiência, no sentido explicitado por Larrosa (2002) ao utilizar o pensamento Heideggeriano. Diante de uma série de interrupções, como a conversa com Paulo e seus colegas e tantas outras cenas ouvidas, em parte compondo essa figura de mapa, eu me encontrava neste percurso “[...] um sujeito alcançado, tombado, derrubado.” (LARROSA, 2002, p. 25).

No entanto, a tristeza, a sensação de estar “derrubada” era contrastada com o encontro com algumas pessoas na cidade. Tive o prazer de conhecer Kátia, mulher lúcida, que chamava a atenção pela postura ativa, pela educação expressa nas palavras e nos gestos, pela delicadeza que sintonizava a cada passo e movimento do seu corpo.

Em uma de minhas visitas à sua casa, ela interrompeu o diálogo que mantínhamos, com um:

[...] me desculpe, mas vou lhe pedir licença para ir ao toalete!

A serenidade transbordava naquele corpo que ficara à margem de intenções direcionadas do fazer viver carente do sol, de roupas, de absorventes para conter o sangue.

As cenas que Marilda me descrevera sobre Kátia, nos meses em que ela morava na cela, contrastavam com a sutileza dos gestos e com sua atitude perante a vida. Os tempos de reclusão não transbordaram em relatos de amargura, revolta ou uma possível “rigidez dos afetos” pelos maus-tratos que sofreu no hospital. Esse corpo institucionalizado não traduzia os maus-tratos vivenciados, não apresentava ser somente um corpo “[...] destroçado por ritmos de trabalho, repouso e festa; ele é intoxicado por venenos – alimentos ou valores, hábitos alimentares e leis morais [...]”, mas também um corpo que “[...] cria resistência.” (FOUCAULT, 1986, p. 27).

Em nossos encontros ela conversa sobre o cotidiano da sua vida na casa, as contas para pagar, a relação com o seu namorado e as visitas que faz para ele no hospital psiquiátrico onde ele ainda mora. Em uma dessas conversas, pede licença mais uma vez para buscar as fotos do amado e da visita que recebeu de seus

familiares do Rio de Janeiro. O restaurante de boa qualidade, com renome na cidade pelas comidas saborosas, onde Marilda sentava-se na ponta da mesa junto à família, era motivo de orgulho para se contar para alguém que vem de fora. Nele, o namorado compunha a cena familiar por breves momentos até o horário de retorno para o hospital. Kátia sonha com o dia em que ele possa sair do hospital para quem sabe, se casarem!

Hospital, cela forte, nudez, fome, sede, o sangue escorrendo pelas pernas, a “[...] cena da decadência, do dejetos, da imundície.” (FOUCAULT, 2006, p. 31) não faziam parte do cenário descrito por ela, mas ao pensarmos no lugar que ela ocupou como “louca” em um hospital psiquiátrico, é preciso estar atento, para que:

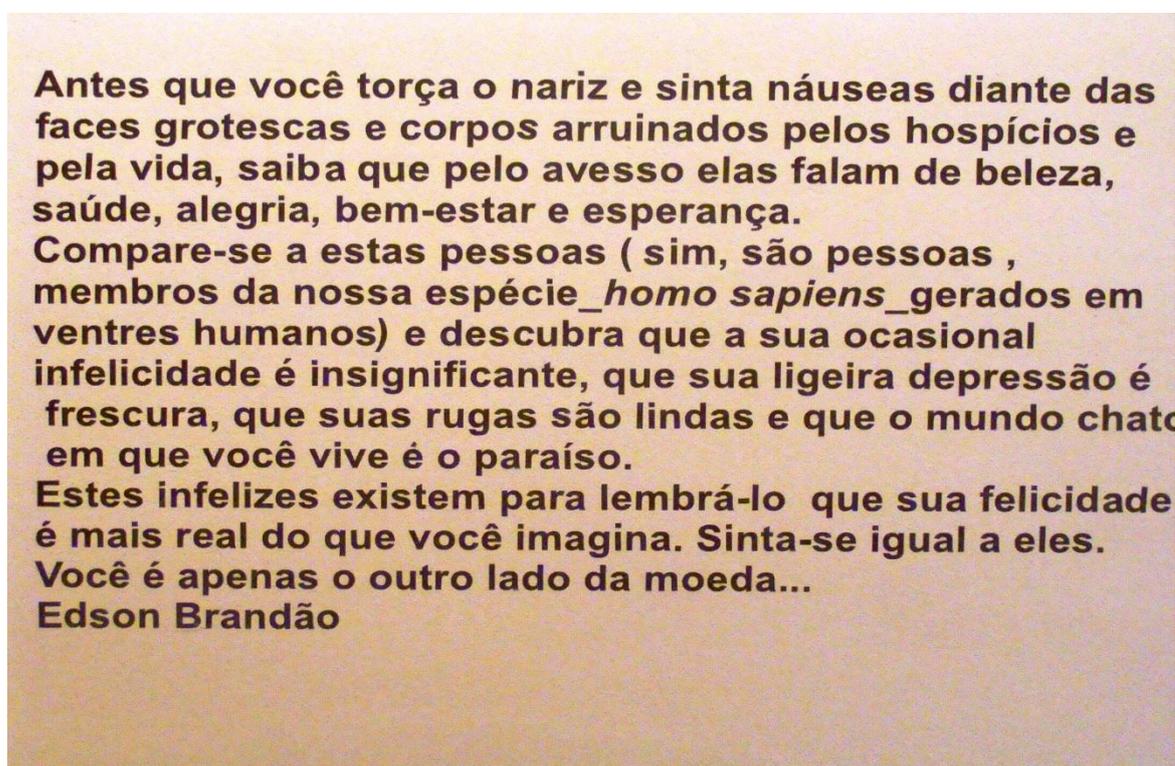


Figura 3 – Fala de um Jornalista que se Ocupou da Criação do Museu da Loucura em Cidade no Sudeste do País

Brandão nos conta dos sujeitos excluídos e do sentido dos encontros da “loucura” com os habitantes da cidade, nos lembrando da “insignificância” de nossas queixas, dos prazeres desfrutados, no dia a dia, salientando que abolimos de nossos sentidos, pela banalidade a que o cotidiano nos remete, a percepção da vida possuída de alegrias, prazeres e afetos.

Ao ouvir as histórias, as tantas histórias sobre as condições da institucionalização da loucura, uma pergunta, freqüentemente, me instigava: como esses sujeitos são providos de uma gratidão pela vida, de serenidade e compaixão, até mesmo frente àqueles que outrora, os atenderam como um carrasco, seja pela força dos músculos, seja pela indiferença às situações de objeto em que se encontravam? Esse incômodo, provavelmente, intrigava também a Jonas que, diante da situação em que encontrava os internos, dirige a eles o seguinte questionamento:

Bom, a gente ia trabalhar por dinheiro, porque a gente precisa né, mas quando a gente chegava lá e olhava aquele povo, de todo o jeito, largado, cheio de feridas, coceira, piolhos. Que vida triste. Às vezes a gente perguntava se um queria morrer e eles sempre mesmo diziam que não queriam não. A gente chegava e perguntava: tu quer morrer? Só para ver o que se passava na cabeça deles. A pessoa estava numa situação daquelas, diz eu quero né. Mas eles diziam “não quero não”, diziam que não queriam. Veja como são as coisas numa situação daquelas e não queriam morrer.

Ou seja, mesmo morando em um lugar que os colocava em um limiar entre a vida e a morte, em um estado de carência e penúria deploráveis, sob regimento das “disciplinas”, das amarras, das violências, a morte não se constituía como uma possibilidade de “fuga” para eles.

A esperança de sair do hospital, talvez se constituísse como uma saída para sobreviver à dura realidade do hospital, conforme expressou Lauro, em uma imagem desenhada por ele no muro do hospital psiquiátrico do centro-oeste do Brasil, onde até então ele morava, quando da minha passagem:



Figura 4 – Produção de um Interno, em um Muro de um Hospital Psiquiátrico do Centro-Oeste do Brasil

Ao ouvirmos as histórias de Kátia, contadas por sua amiga, podemos pensar que ela, assim como Lauro, desejasse sair do hospital que a torturou. No entanto, mesmo sofrendo o suplício solitário, contado pelos tempos da presença do sangue, ao saber da notícia de sua “volta para casa”, busca ajuda de uma psicóloga da instituição, pedindo sua transferência para outro hospital psiquiátrico da cidade. Ela nos demonstra, através do seu pedido, o quanto a saída dos usuários para as cidades é algo complexo! Quando a psicóloga lhe informa que ela poderia estar em outro hospital apenas por um período de seis meses e que, depois, teria que ser transferida para outro local, “sem saída” desse impasse, ela “aceita” morar em um Residencial Terapêutico.

Partindo dessa passagem, gostaria de focalizar a figura do mapa, nos meandros do processo de saída dos usuários, trazendo na próxima seção as suas “reentrâncias” e os possíveis (des)caminhos em direção à cidade, escutando as narrativas dos usuários, cuidadores e gestores que compuseram a figura que, nesse momento do percurso, fala da transição para fora dos muros dos manicômios.

## **6 A CAMINHO DE CASA: barreiras e atalhos na via dupla entre o hospital e a cidade e outras vias por vir**

Na seção anterior, parti em viagem para algumas das chamadas Casas de Loucos com o objetivo de, ao passar pelo “lócus” da exclusão da loucura e das estratégias que dão contorno a este lugar, trazer elementos para traçar os possíveis pontos que delineiam a composição do “mapa da Reforma” e seus desdobramentos nos (des)encontros da “loucura” com a cidade.

No início dessa “viagem” trouxe as tantas histórias de equívocos da institucionalização da loucura no Brasil e das vidas desviadas para o asilo e que compõem os cenários que lembram a Grande Internação do Século XVII no Brasil.

Nessa entrada para o asilo, o percurso possui diferentes caminhos que se configuram pela necessidade e a localização geográfica do passageiro, com acesso livre, desprovido de obstáculos para facilitar a chegada na instituição legitimada como aquela onde há “[...] lugar para todos [...]”, para todos os que infringem os domínios das atividades, conforme nos apontou. (FOUCAULT, 2002c, p. 260). Essa é uma estrada sempre “bem” sinalizada, para evitar que o passageiro em “confusão” se perca, e possa, mesmo sendo “incapaz”, chegar a “acolhedora” casa dos loucos.

Na contramão, na via do hospital para o Residencial, os ex-moradores e seus condutores encontram outra estrada, cujo desenho foi planejado com “armadilhas” que impedem a criação de possíveis atalhos que facilitem o caminho até o Residencial. A estrada foi construída de forma retilínea, mas quem observa atentamente com uma visão “mais abrangente” do lugar de quem olha de “cima do mapa”, vê que esta linha reta se flexibiliza, se desdobrando em curvas suaves e/ou perigosas com barreiras (in)transponíveis, buracos e remendos que dificultam a chegada dos passageiros e seus condutores até a “nova casa”. Esses obstáculos são construídos pelos diferentes “arquitetos das cidades” representando diferentes saberes e instâncias sociais que promoveram a exclusão da loucura ao longo dos séculos.

Esses “arquitetos” serviram-se de seus poderes, até então legitimados, para junto aos reformistas da Psiquiatria, tentar impedir que os passageiros pudessem transitar na estrada de volta à cidade. Passam assim a dialogar com os “arquitetos reformistas” sobre os perigos que o fluxo de alguns moradores do hospício possa representar para a ordem da estrada e dos moradores de seu entorno.

Nesse diálogo entre os antigos e os “novos” planejadores das cidades, ambos constroem algumas regras para o tráfego “dos escolhidos”, daqueles que poderão passar nessa estrada até a cidade e vetando, até segunda ordem, a transição de outros moradores até a “nova” casa.

Ficou a difícil tarefa de definir quem seriam os passageiros “aptos” a trafegar de volta para a cidade. As regras estabelecidas pelos diferentes atores foram um tanto nebulosas. A esse respeito Léia, gestora do Residencial onde vivem Kátia e Marilda, ao falar do processo de implantação das moradias em sua cidade, na região sudeste, traz a seguinte colocação:

Na época a Tina era psiquiatra e conhecia o pessoal dos hospitais. Sabe quando a coisa ta começando e as pessoas não entendem bem. Conversávamos com todos os pacientes,. Durante sete meses selecionamos as pessoas, sendo que algumas pessoas foram tiradas, pessoas muito difíceis de lidar! Começou dentro do próprio hospital.[...] Não foi uma coisa muito articulada.

Nessa conversa, Fani, outra gestora que trabalha com Léia admite que se sentia com a 'lista de Schindler’ na mão, porque tinha que ajudar a definir,junto com a equipe, quem seria removido do “campo de concentração”.

Cabe salientar que essa cidade em que Fani e Léia vivem se tornou conhecida pela existência desses aparatos onde as pessoas eram internadas para terminarem suas vidas. A economia e as festas da alta sociedade giravam em torno destes campos fechados, inclusive foi em um desses locais que se instalou o primeiro telefone da cidade. Assim, “tirar um louco” de um desses aparatos que fizeram a cidade ser conhecida em todo Brasil, se mostrou algo muito complexo.

Neste início de viagem, criou-se um campo de lutas e embates para se demarcar as escolhas de quem poderia transitar na estrada de volta para a cidade.

O medo dos possíveis contratemplos, no percurso do Projeto, marcava as escolhas das pessoas a pegarem o “rumo da estrada”, conforme conta Fani:

Logo que a gente começou na casa, a gente pensou que tinha que ter técnico em enfermagem, nós tínhamos cobertura [...] Eram cinco na primeira, e a gente tinha tanto medo daquilo, a gente achava que tinha que ter, eu acho que, vai fazendo um contraponto sabe? Tinha que ter aquela proteção, porque o projeto não podia dar errado, não podia ninguém morrer, não podia se atrapalhar, não podia morrer, não podia fazer coisa nenhuma, senão ia comprometer o resto, né? Era o resto e eu nem sabia qual que seria o resto, comprometer o que né?

Outros condutores, que representavam os gestores da Saúde Mental de outra cidade, de vias duplas para o percurso da loucura, tiveram outras formas de conduzir a tarefa de escolher os nomes da lista. Junto com um grupo de especialistas, entre eles, o psiquiatra que também compunha o grupo da cidade de Léia e Fani, elaborou em conjunto com outros profissionais, um censo para conhecer as pessoas que moravam no hospital.

Sob o olhar criterioso dos profissionais da Saúde Mental identificados com a Reforma Psiquiátrica, foram escolhidas aquelas pessoas que tinham o perfil considerado o mais adequado para morar nas casas, já que o hospital privado da cidade estava prestes a fechar.

Mas, para onde iriam aqueles que não tinham esse perfil? Surge, então, uma terceira via, uma estrada reta, de fácil acesso, que ligaria o hospital psiquiátrico sob intervenção a outro hospital psiquiátrico qualquer da cidade, como estratégia para abrigar aqueles que, como ocorreu na cidade de Lia, “não tivessem condições de sair.”

Até esta etapa, três vias se constituíam como possibilidade para os externos do hospital. Nesse início da configuração desse “mapa da Reforma”, também existiam aqueles que não se movimentariam por nenhuma das vias, pois se manteriam restritos a sua casa, a Casa dos Loucos, que não estava sob risco de fechar. Eles estão estimados em aproximadamente quatorze mil<sup>19</sup> pessoas em nosso país.

No desenho do mapa com as estradas e atalhos possíveis, uma constatação apontou para outra modificação no mapa; a segunda via, a do hospital para o Residencial trafegava, também, em sentido oposto à ordem de tráfego inicial. Agora o tráfego deveria ser também do Residencial para o hospital, como Lívia, gestora da região centro-oeste, nos aponta:

Posso dizer pra você que a equipe decidiu junto, porque foi um trabalho bem de equipe mesmo, tinha três assistentes sociais, dois psiquiatras, então eles fizeram entrevistas, avaliação clínica e aí ao final disso foi constatado que alguns não tinham condições de morar aqui, depois foi tentado e alguns conseguiram ficar e outros tiveram que voltar.
---

---

<sup>19</sup> Os dados foram fornecidos pela Coordenação Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde.

Ao perguntar à gestora, por que motivo estas pessoas retornaram para o hospital psiquiátrico, ela atribuiu à agressividade, a crises freqüentes de alguns e a dificuldade de outros de aceitarem a “rotina da casa”.

Por que não conseguiam ficar na casa, mesmo medicados não davam conta, muita agressividade, as crises aumentavam com freqüência, não conseguiam estabilizar porque a maioria deles são estabilizados, então eles já têm uma rotina de se alimentar de dormir

Podemos pensar a partir desse recorte, que parece existir um limiar tolerável para os momentos de crise, sendo que os mesmos são seguidos de intolerância diante da repetição do quadro de instabilidade, principalmente, quando esses vêm acompanhados de “manifestações” de agressividade por parte do morador do Residencial. Atender a “rotina dos horários” da casa assinala que o morador está estável, “fora da crise” e pode viver ali.

Dados do Programa De Volta para Casa apontam que em um município da região sul, dos 55 usuários cadastrados em uma das experiências dessa região, 15 pessoas foram desligadas do programa e retornaram para um hospital psiquiátrico. Já, na experiência da região sudeste, dos 166 usuários cadastrados, apenas dois (2) retornaram ao hospital. Isso nos faz pensar que existem limiares diferenciados de tolerância em relação à “loucura na sala do jantar”.

As vias de retorno para o hospital se apresentam diferenciadas quanto ao fluxo de seus transeuntes conforme as peculiaridades de cada região e dos diferentes atores envolvidos no processo.

Neste momento do estudo, seria necessária uma investigação mais detalhada dos discursos e das cenas que se deram em torno dos retornos para o hospital. Ao trazermos a fala de uma gestora que se refere ao, “De Volta para o Hospício”, uma triste paródia do programa oficial, “De Volta para Casa”, assinalamos a existência de outra possibilidade que se apresenta no processo de Reforma em curso no país, como uma via possível, quando o “passageiro” não ingressa no controle do tempo e das atividades instituídas no Residencial Terapêutico e quando, as situações de crise, desencadeadas com freqüência acabam reconduzindo o morador para o hospital psiquiátrico.

Para pensarmos sobre “este retorno” para o hospital, trago as reflexões de um recorte do artigo intitulado, *Vizinhanças: de correntes a redes*. Entre “[...] fofocas, jardins, compras e outras formas de vizinhar [...]”, (FRICHEMBRUDER *et al.* ([s.d]

[no prelo]) a experiência da região sul, relacionando o morar e reabilitação psicossocial na relação entre a arquitetura, as relações dos moradores com a “vila” e com os ex-internos do hospital psiquiátrico, que passaram a viver lá.

Na experiência gaúcha, optou-se por trabalhar em parceria com a Secretaria Estadual de Habitação com a inserção dos usuários nas políticas habitacionais da cidade. A vila, chamada de vila São Pedro, nesse processo de reurbanização, teve em seu projeto inicial casas com dois dormitórios construídos em uma fileira e casas com um dormitório, para os antigos moradores da vila. As casas tinham a mesma cor e simetria das formas, porém se estabeleceu com os ex-moradores do hospital uma relação de diferença, buscando-se um “modelo ideal” de casa:

Em algumas residências, a rejeição à estética desviante, interpretada apenas como parte da miséria presente na vila, gera um fenômeno de idealização do interior das casas conforme modelos tradicionais burgueses oriundos do século XIX. Manter a casa impecável sinaliza que seu morador esteve muito tempo no hospital psiquiátrico, mas que ainda é de outra estirpe. Não é um “maloqueiro”. O típico interior burguês, composto por móveis (com função mais simbólica do que prática), acumulação e confinamento, é interpretado como atestado de reabilitação psicossocial. Cozinha, sala de estar, dormitórios e banheiro correspondem a diversas funções e remetem a uma concepção de indivíduo como sendo uma reunião equilibrada de faculdades distintas. (FRICHEMBRUDER *et al.*,[s.d] [no prelo])

A suposição do “equilíbrio” dos moradores provenientes da Casa dos Loucos pela evidência da organização dos aposentos, dos móveis e utensílios utilizados, remeteu-me ao livro de Sennet (2008) intitulado “*Carne e Pedra: o corpo e a cidade na civilização ocidental.*” Nesse livro o autor discorre sobre os traços da arquitetura romana e de sua obsessão em organizar a casa de forma clara e precisa, utilizando-se de espaços ortogonais bem definidos e estruturas rígidas (SENNET, 2008). Essa organização da Casa Romana, extensamente criticada por alguns arquitetos tinha, no entanto, outra função nesta casa, conforme assinala o autor (SENNET, 2008, p. 129):

Essa linguagem visual, ou desejo de orientação exata, demonstrava a mesma ânsia que se expressava no gosto pela repetição interminável de imagens, até que se convertessem em verdades inquestionáveis. Era o reflexo das carências de um povo que não desfrutava de conforto e vivia em meio a desigualdades, sem nenhum controle, em busca de um espaço tranquilizador.

Essa estética assim definida tinha a função de se constituir em um espaço íntimo e tranquilizador; um espaço de ordem e controle que equilibrasse e

compensasse aquele espaço externo de um povo “sem controle” e em condições de desigualdade social.

Na arquitetura do modernismo, Le Corbusier (1976), *apud* Rebello e D’Azevedo (2007), a busca pela uniformidade e por espaços retilíneos ocupa lugar de destaque. O arquiteto sonhava com “[...] um mundo onde as fábricas cuspiassem residências prontas para serem usadas, impondo-se à arquitetura o desafio do espaço universal, [...] extremamente objetivo e comum a todos.” (LE CORBUSIER (1976) *apud* REBELLO E D’AZEVEDO, 2007). Nessa idéia funcionalista, as casas seriam uma espécie de “máquinas de morar”. Segundo o autor:

A questão é de adaptar o fenômeno do trabalho, reconhecido uma vez por todas como benéfico, e não como maléfico, de adaptá-lo alimentando-o de otimismo; construir ‘as fábricas verdes’ e ‘moradias inteligentes’ e de preencher assim a vida cotidiana (LE CORBUSIER, 1976, *apud* REBELLO e D’AZEVEDO, 2007, p. 158).

Conforme o arquiteto, essas “moradas inteligentes” são construídas a partir do fascínio pela linha reta, sendo geometricamente construídas, tendo como função adaptar os sujeitos ao mundo do trabalho. Depois, na segunda metade do século passado, a idéia funcionalista é permeada por outras abordagens teóricas, abalando os alicerces que consolidam seu lugar e tradição:

A idéia modernista da moradia-padrão, embora válida e amplamente aplicada, não se sustentou hegemonicamente. O projeto da casa como objeto de elaboração arquitetônica específica, principalmente a partir da segunda metade do século passado, por influência de arquitetos como Richard Neutra, deixa de lado seu caráter estritamente funcional e passa a considerar outras questões – por exemplo, as sensoriais. E a moradia, entendida como um lugar sensual, não é mais um espaço objetivo. Neutro. Estático. Mas, sim, um sistema dinâmico. Torna-se um ambiente. (artigo internet). (LE CORBUSIER, 1976, *apud* REBELLO e D’AZEVEDO, 2007, p. 158).

A casa deveria tornar-se confortável, lugar de moral e não somente espaço de moradia, deixando seu caráter estritamente funcional passando a considerar outras questões – por exemplo, as sensoriais (REBELLO E D’AZEVEDO, 2007). Assim, a partir de influências da Antropologia e Psicologia, esta visão é explorada. Sua dimensão ultrapassa o suprimento das necessidades somando o lugar da expressão do homem, lugar dos prazeres: “A casa, como expressão de sonhos, desejos e percepções humanas, conduz concepção de lugares onde dormir, comer e cuidar-se deixam de serem apenas necessidades, passando a ser, também, prazeres”

(REBELLO E D'AZEVEDO, 2007, p. 1). A visão trazida pelos autores, colocando a casa para além de um lugar para comer, dormir e de cuidados pessoais, nos ajuda a pensar um Residencial como “uma casa”, com planos terapêuticos específicos para essa moradia onde estariam enlaçados nesse “lugar de encontro” os sonhos e desejos de seus moradores.

Para pensarmos em uma forma de se relacionar com a casa, para além de uma visão funcional apontada pela tradição Courbusieriana, trago as reflexões do arquiteto e artista plástico vienense, Hundertwasser, que se opôs radicalmente a esta concepção. Um slogan aparece com recorrência em sua obra, que diz a “[...] linha reta é atéia e imoral [...]” salientando que esta busca por uma “[...] forma retilínea conduzia à perda da humanidade [...]”, e nessa perspectiva a busca pela padronização e pelas formas retilíneas na organização dos espaços nos Residenciais estaria baseada em um modelo de reabilitação que conduziria a “[...] perda da humanidade [...]” de seus moradores. (RESTANY, 2003, p. 16).

Em sua oposição à visão tradicional, o artista/ arquiteto desenvolveu a teoria das Cinco Peles do Homem, sendo que os autores que analisam a sua obra afirmam que a “[...] mesma declara guerra à infertilidade da arquitetura moderna, desenvolvida na primeira metade do século XX.” (Nunes, 2008, p. 28). Nessa teoria, a Casa do Homem seria uma de suas peles, a terceira delas. A primeira pele, a epiderme, representada pela intimidade, “*reveste*” o sujeito, o seu eu, seguida do vestuário, a segunda pele, que em contato com a epiderme, representaria expansão desta subjetividade, conforme aborda o autor:

A segunda pele, assim, mantém uma relação direta com a quarta, o meio social e a identidade. A roupa não mais se limita a esconder, mas sim revela a subjetividade do ser humano, para o universo exterior, ao mesmo tempo em que favorece a interiorização do sujeito que dela faz uso. (NUNES, 2008, p. 25).

Revestindo esta pele, estaria a Casa do Homem, sendo que o autor destaca ser a Casa do Homem de vital importância na constituição deste desde a sua infância. Nunes, (2008, p. 23) ao falar desta terceira pele teorizada por Hundertwasser, aponta:

A casa está, também, diretamente ligada à intimidade da primeira pele. Desde seu nascimento o homem cria uma profunda ligação com esse espaço físico. A casa mantém grande significação na vida do homem, influenciando muito em seu envolvimento enquanto ser humano.

Em relação à Casa do Homem, Hundertwasser clamou do cimo dos telhados que o homem está mal na sua terceira pele, propondo que a Casa seja o caminho da criação e da expressão (RESTANY, 2003). Ele, ao ser convidado a construir um lote de habitações sociais em Viena, como artista – arquiteto, propõe que a criação se dê a partir da construção de “espaços felizes e espaços amados.” (RESTANY, 2003, p. 52).

Também conhecido como médico da arquitetura, recebeu a missão dada pelo Chefe de Serviço de Oncologia do Hospital Universitário de Graz de remodelar o ambiente estéril e técnico do hospital, em função dos especialistas apontarem que este ambiente possivelmente “[...] condicionava negativamente os doentes, elegendo em um primeiro lugar os cancerosos, para quem os problemas psicológicos têm uma importância capital.” (RESTANY, 2003, p. 51).

Ao referir-se aos benefícios da remodelação do ambiente, Restany salienta que a resposta publicada pelos especialistas que tratam das mudanças realizadas na arquitetura hospitalar é claramente positiva. O reboco desigual das paredes, os ladrilhos irregulares no chão, as portas matizadas com padieiras angulosas, as colunas convexas e as espirais pintadas, a assimetria da decoração espontânea... “Tudo isso ajuda indiscutivelmente os doentes a viverem mais felizes e a melhorar a sua condição.” (RESTANY, 2003, p. 52).

Na trajetória de Hundertwasser são conhecidos os manifestos: “O Teu Direito à Janela – O teu dever da Árvore”, publicado em 1972. Sobre este manifesto, Restany (2003, p. 27) assinala: “[...] dirige-se diretamente ao homem e mulher “criativos”: Tens o direito de “[...] enfeitar ao teu gosto, e tão longe quanto o teu braço alcance, a tua janela, ou fachada exterior.” (RESTANY, 2003, p. 27). O direito à janela seria correspondente ao dever da árvore:

A natureza é livre deve crescer por todo o lado onde cai neve e chuva.  
Lá onde tudo é branco no inverno, tudo deve ficar verde no Verão.  
Daquilo que é paralelo ao céu pertence à natureza – as ruas e os telhados devem ser cobertos de madeira- nas cidades deverá poder respirar-se novamente o ar da floresta. (RESTANY, 2003, p. 27).

O autor chama a atenção para o distanciamento da relação do homem com a natureza, provocando a sua desorientação, retomando à “[...] necessidade de que a natureza seja trazida às construções que criamos enquanto sociedade.” (RESTANY, 2003, p. 27). Hundertwasser destaca em seu manifesto, na cidade de Dusseldorf, em

janeiro de 1972, entre outros apontamentos, o cinza das casas estéreis onde o homem que habita não compreende que foi acometido, pela cela de uma prisão.

A Casa do Homem, a partir da concepção, seria a casa, o espaço de criação, objeto concreto penetrado pela natureza, lugar amoroso e feliz que constituiriam essa “nova casa”, oposta à tradição das formas retilíneas.

No entanto, esta estética retilínea demarcada pela tradição de Le Corbusier, predomina nas casas populares na região sul, lembrando em seu padrão inicial pequenos cubos com janelas e portas, conforme descrevem os autores:

O traçado da cidade moderna, presente no projeto arquitetônico do residencial Morada São Pedro assim como em qualquer outro bairro, condomínio, casa residencial ou comercial, principalmente quando com construções destinadas ao uso de extratos populares, tende para a rigidez e ordenação para o racional e ideal. (FRICHEMBRUDER *et al.* [s.p.] [no prelo]).

Nessa experiência, a arquitetura retilínea passa a diferenciar-se dando lugar a outras formas a partir do momento em que as pessoas passam a morar nas casas “iguais” No entanto, observa-se nessa “nova configuração” das casas bordadas pelos seus moradores uma diferença que se demarca na arquitetura dos SRTs e de outras casas, no que diz respeito à possibilidade de “fugir da linha reta”, como aparece em um dos fragmentos do artigo:

Entre formas antagônicas (agônicas) de ocupar o espaço, encontramos o Residencial Terapêutico Morada São Pedro, um conjunto de casas construídas conforme modelos arquitetônicos cartesianos, estética que corresponde a expectativas de normalização oriundas de um poder externo que pretendeu incidir sobre toda a vila, mas que somente alcançou algum êxito no que concerne às casas do Residencial. Somente os “loucos” mantêm a estética do projeto inicial, suas casas não sofreram alterações: permanecem amarelas, de um único andar, protegidas por grades padronizadas. Todavia, tais faltas de alteração não são tão plenas: as mudanças foram se dando meio nas bordas, nos cantinhos. Após receberem suas casas, com um mobiliário de utilidades e de qualidade para as tarefas do cotidiano, as trocas, escambos e comércios foram acontecendo (FRICHEMBRUDER *et al.* [s.p.] [no prelo]).

O artigo traz as “diferentes arquiteturas” que se constroem à medida que as pessoas habitam o espaço dos “moradores da vila” cujas casas foram reurbanizadas, incluindo nesse complexo as casas dos moradores dos Residenciais. Nos primeiros, a possibilidade de escapar da estética cartesiana se dá nas cores das casas, na ausência de grades e na construção de mais um andar. Parece que a

cidade concede aos seus “antigos moradores”, uma maior maleabilidade de expressão, enquanto para os que chegaram depois, os ex-internos do hospital, possivelmente como forma de “garantia” de controle dos insanos, as mudanças se dão apenas nas bordas, nos cantinhos..., conforme relatam os autores:

A presença humana, porém, com suas experiências e relações, transforma os espaços, colorindo de vida e de inesperado as janelas, que antes de receberem cortinas já foram todas iguais, os jardins, que antes de crescerem as roseiras e os maracujazeiros já foram todos iguais. Até mesmo as ruas, onde agora se esparramam moitas de “pingo d’ouro” (plantadas para impedir que os carroceiros construíssem estábulos onde deveria haver uma calçada) se modificaram à força das relações. (Frichembruder *et al.* [s.p.] [no prelo]).

Nessas quebras de linhas retilíneas “não tão plenas”, o limiar para “escapar às regras” da organização do espaço, construído a partir de expectativas normalizadoras, é sensivelmente menor para os que vieram da Casa dos Loucos ao pensarmos nas mudanças introduzidas pelos antigos moradores da vila, no agora chamado Morado São Pedro. Mas, voltando à teoria da Cinco Peles de Hundertwasser, quando ele redimensiona os espaços hospitalares, indicando, de certa forma, quais as modificações possíveis para os moradores dos Residenciais quanto à assimetria da decoração espontânea, tudo isso ajuda indiscutivelmente “[...] os doentes a viverem mais felizes com a melhoria de sua condição.” (RESTANY, 2003, p. 52).

Às modificações “nos cantinhos” da estrutura nas casas dos Residenciais, associo a descrição da gestora do centro-oeste que, ao falar sobre o que levou as pessoas de volta ao hospital, assinala que os que retornaram eram pessoas que não se adaptaram à rotina de comer e dormir. Em ambas as situações, a estética do Residencial e a forma de se relacionar com o tempo das refeições e do dormir fazem-nos pensar que nesse “de volta para casa” os limiares de tolerância estão em condição de desigualdade se comparamos as possibilidades de fugir da norma dos antigos moradores da cidade, e nessa perspectiva, o da “baixa tolerância”, os desencontros da loucura com a cidade “facilmente” podem reconduzir as pessoas para a segunda via, no sentido oposto, o sentido de volta para o manicômio.

Isto me chamou muito a atenção: por que tal retorno passa despercebido? Disso e do significado para a vida de cada uma das pessoas que voltaram para o hospital psiquiátrico, nada se fala. Esse é um assunto “no qual não se toca”, e que, inclusive, não aparece nas narrativas trazidas. Mais uma pergunta preenche esse vazio: como ficaram as pessoas que voltaram para o hospital?

Estamos retratando neste desenho do mapa, “uma nova institucionalização” e exclusão da loucura, agora promovida pelos “Reformadores da Psiquiatria”. Essa exclusão é percebida também por parte dos usuários, como assinala Marilda ao falar de Kátia, moradora da região sudeste. Em nosso primeiro encontro, elas me falaram do cotidiano em sua casa, de seus gastos com alimentação, roupas, etc e de como se deu a decisão de morarem sozinhas. Kátia conta que toda quarta-feira vai visitar o namorado, que mora em um hospital psiquiátrico, para onde foi transferido após o fechamento da instituição onde se conheceram. A separação do casal teve seu desfecho no momento em que Kátia foi morar em um Residencial e o namorado foi transferido para outro hospital psiquiátrico existente naquela cidade.

Kátia, com uma educação inabalada pelos tempos vividos no hospital, interrompe a conversa para buscar as fotos com a imagem do namorado, com quem ela planeja um dia “morar junto”. Afinal, eles eram namorados há algum tempo e a relação mantinha-se mesmo com a mudança dela para o Residencial.

Marilda se aproveita da ausência da amiga para colocar em dúvida a possibilidade do sonho dela se concretizar, dizendo, em tom baixo, como quando se cochicha a dor de um grande amigo: “Ela pensa que ele vai sair, mas não vai! Ele é esquizofrênico! Nunca vai sair, ele é esquizofrênico”!

Ao perceber que a amiga voltava, calou-se de forma a dar a entender que permanecera em silêncio durante sua ausência, tentando disfarçar, pois afinal ela me revelara algo que, possivelmente, Kátia não queria perceber, em nome da esperança e da possibilidade de concretizar um sonho - um sonho construído de uma relação, a partir de um encontro no hospital!

A separação dos namorados era fruto de uma divisão nosográfica, se pensarmos no motivo que Marilda atribuiu à impossibilidade do namorado de Kátia sair do hospital: a esquizofrenia. Ela demarca a separação que a Reforma impõe, segundo o qual “alguns ainda precisam morar em um hospital psiquiátrico”.

Separação essa percebida, também, para os que saíram para as cidades, lembrando épocas e cenas em que a loucura era assunto de polícia (FOUCAULT, 1995). Tal “lembrança” se deu diante da preocupação de Rui, morador da região sul, que disse necessitar da autorização do médico para sair do hospital, pois se o vissem na rua o levariam de volta. Rui não chegou a sair do hospital, mas a relação entre polícia e Reforma, pareceu (como ele temia) em uma cena de um usuário da região centro-oeste, narrada por um dos cuidadores do Residencial onde passou a

morar. A cena, que irei descrever a seguir, fala das marcas de um corpo institucionalizado e da sua relação com a cidade. Tal posicionamento configura-se pelas marcas deste corpo, um corpo que, diferente do de Kátia, foi destruído pelo regime do manicômio. Esta percepção de um corpo “com jeito de louco” é da mesma forma percebida pelos próprios moradores, a ponto deles se posicionem como morador da casa dos loucos:

E de uma outra vez ele fugiu e a gente também não prestou atenção. A campainha tocou era um camburão de polícia: vim trazer seu filho aqui, esse fujão. Como você sabia que era daqui? Diz que o policial perguntou pra ele: onde você mora? Ele falou: eu moro bem ali em uma casa de louco!

Ao identificar-se para a polícia como aquele que mora em uma “casa de louco”, pode lançar outra figura no mapa, a divisão da grande Casa de Loucos em casas menores, onde seus moradores são transferidos para uma espécie de “nova sede”, mais higienizada, lugar em que a satisfação das necessidades do morador é reduzida a ponto de que ele fique em uma situação entre a vida e a morte. Nessa “nova sede”, a polícia e o “ex-interno” estabelecem um diálogo em “tom de brincadeira”, para que o “filho fujão” retorne para o lugar de onde não deveria sair.

A “casa de louco”, indicada pelo morador como informação, me reporta à análise de Foucault (2006) analisa uma casa de internação do final do século XVIII, mantida por frades franciscanos. Essa pensão, ao ser descerrada, envia os antigos moradores para as famílias de origem. Neste retorno, grande parte das famílias consideram-nos como um estorvo e os encaminha para outra instituição, a pensão de Clermeint-em-Oise. Esse lugar adquire uma importância significativa, a partir do “[...] momento em que passa a permitir a institucionalização da prática psiquiátrica.” (FOUCAULT, 2006, p. 156).

Com esse novo arranjo, a pensão começa a receber mais de mil pessoas, oriundas de “[...] um posterior acordo entre a administração prefectoral do departamento de Oise e o fundador da pensão [...]” desdobrando-se no que o autor chamou de espécie de pseudópode. (FOUCAULT, 2006, p. 156).

No primeiro pseudópode, criam-se as chamadas colônias, nas quais os internos com capacidade de trabalhar passam a morar, sendo submetidos a ergoterapia com o pretexto de que, com o trabalho, teriam a cura.

O segundo pseudópode, que se vai ligar à colônia, é “[...] criado com os recursos destinados aos internos pagantes que vieram do hospital fechado.” (FOUCAULT, 2006, p. 157). Nessa configuração, os homens passam a morar na casa com o próprio diretor e as mulheres ocupam uma casa que é chamada de pequeno castelo, e “[...] neste pequeno castelo, levam a existência com uma forma geral do modelo familiar.” (FOUCAULT, 2006, p. 156).

O autor analisa nesse desdobramento a constituição de duas espécies de poder:

[...] o primeiro dos quais se desdobra. Vocês têm o poder tradicional do asilo, negativo de certo modo, pois se trata de manter as pessoas sossegadas sem nada obter de positivo delas. Você tem um segundo tipo de poder, este também disciplinar, mas ligeiramente modificado, que e, grosso modo, o poder da colonização, por as pessoas a trabalhar [...] e há o poder do modelo familiar, cujos beneficiários são os pensionistas. (FOUCAULT, 2006, p. 158).

O filósofo, nessa leitura, assinala três tipos de intervenção ou manipulação psiquiátrica que correspondem aos três níveis citados anteriormente. “O primeiro, o modelo do asilo que é aquele onde há o grau zero de intervenção psiquiátrica, onde há o depósito puro e simples no asilo.” (FOUCAULT, 2006, p. 158) A segunda intervenção psiquiátrica “[...] é aquela que põe os doentes a trabalhar com o pretexto de curá-los.” E por fim, “a terceira é aquela prática psiquiátrica individual, individualizante, de modelo familiar” [...], cujos beneficiários são os pensionistas (FOUCAULT, 2006, p. 158).

O “filho fujão” assinala um possível modelo familiar de intervenção, “filho” que ao deixar a casa dos loucos, é trazido pela polícia, podendo levar-nos a traçar uma espécie de pseudópode do hospital psiquiátrico no “mapa da Reforma”. No entanto deixaremos apenas pequenos traços marcados a lápis, para que, se for o caso, possa ser apagado, já que até aqui não temos elementos suficientes para traçá-lo em “definitivo”. Deixemos esse assunto para as últimas considerações, onde (des) faremos o traço.

Ao comentarmos dessa demarcação do lugar dos usuários, no encontro com a cidade e com os “antigos atores” que promoveram a exclusão da loucura durante séculos, podemos pensar que o campo de lutas, abordado anteriormente, coloca os usuários, em meio a um “fogo cruzado”, entre as práticas de desinstitucionalização da loucura e de manutenção de seus aparatos.

A busca por alianças, entre estes atores e aqueles que os institucionalizaram, aparece nas narrativas dos usuários. Iniciarei trazendo as narrativas de Marilda, quando a saída dela é cogitada pelos gestores da cidade, ao contar-me como começou o movimento de retirada das pessoas no hospital:

Eu falo por mim, na hora que nós fomos com os pacientes eu neguei peguei um vidro de dipirona para tomar, pus uma calça rasgada e fiz uma cara de louca [...] coloquei uma peruca [...] cheguei lá tinha um psiquiatra entrei e fiquei chorando. Falava tudo ao contrário, tava uma chuva braba, eu tinha tomado dois vidros de dipirona de uma vez, toquei eles numa plantinha [...]

Ao perguntar o motivo que a levou a tomar a dipirona, ela diz que foi um pedido dos donos do hospital psiquiátrico onde morava:

A minha pressão baixou e eu fui pro banho Eu simulei, tomei os vidros de dipirona, De tardinha eu já tava boa e aí o diretor né, me chamou para eu ir embora [...] mandaram eu fazer isso. Os donos do hospital me instruíram.

No diálogo com o usuário, a estratégia para a manutenção do hospital atua no aviso de que se deixarem a instituição, os moradores ficarão na rua. A possibilidade de abandono na cidade e o medo desta “ordem de despejo” para a rua, possivelmente demarcam a posição dos usuários contra a saída do hospital, como aborda Marilda ao dizer:

Eu tinha medo de sair do hospital e ir para a rua.

Em minha experiência no sul do país, observei que outros atores se pronunciavam aparecendo agora como “bons amigos”, cúmplices e “preocupados” com a vida daquelas pessoas com a finalidade de barrar a saída dos internos que manifestavam o desejo de deixar o hospital. Funcionários do setor jurídico, inclusive, usavam como estratégia o argumento de que eles, ao receberem alta, perderiam o benefício da prestação continuada, ficando “sem dinheiro, casa e comida.”

Assim, além da “aliança” do psiquiatra com o usuário, no exemplo do dono do hospital da região sudeste, aparece também como um dos protagonistas daquela “morte anunciada”, o aparato jurídico do hospital. A Medicina e o Direito, que anteriormente mencionei como fundadores da Psiquiatria, entram em cena com a finalidade de manter as práticas do asilo e da Psiquiatria vigentes.

Na época em que foi desencadeado o processo de saída dos usuários da instituição no sul, Dona Tereza, uma das freiras do hospital, lembrou, com orgulho, os tempos em que o mesmo mantinha cinco mil pacientes internados. Ao pronunciar-se contra a saída dos internos do hospital, pareceu mostrar a impossibilidade de ver e de anunciar uma outra vida para os usuários, fora do espaço asilar.

Nos primeiros movimentos de retorno dos usuários para a cidade, no ano de 1999, a direção do hospital implantou uma residência no seu interior, chamada de Casa de Passagem. Essa casa tinha como objetivo servir de lugar de transição e preparar seus moradores para o espaço da cidade. Nela, os usuários cuidavam de suas roupas, administravam sua medicação, realizavam suas refeições e responsabilizavam-se pela limpeza da casa.

Na iminência da ida para a Casa de Passagem, Dona Tereza aconselhava os usuários a “não ingressarem no projeto”, visto que, conforme afirmava, após a transferência para a casa, seriam “jogadas na rua”; lembrando a década de setenta, quando efetivamente os moradores que saíram do hospital ficavam na calçada, solicitando o retorno para a instituição.

Ao participar dessa cena de terror anunciada aos usuários que abandonassem a Casa dos Loucos, Madalena, uma das moradoras do hospital, entra como uma importante figurante no processo de desinstitucionalização no hospital psiquiátrico onde mora. Ela avisa sua colega de unidade, Beatriz, caso mudasse para a Casa de Passagem, seria degolada! Beatriz curiosamente se muda antes da inauguração da casa que daria a passagem para o Residencial, mas com a mesma iniciativa retorna à unidade onde vivia dentro do hospital, voltando à casa de transição, meses depois.

O vai e vem de Beatriz assinala, possivelmente, que o caminho de volta para a cidade se processa em meio a embates e a turbulências desencadeadas pelos diferentes saberes que promoveram a institucionalização da loucura e seus possíveis medos diante das “premonições” que os diferentes atores sociais, incluindo os próprios internos, apresentavam aos escolhidos ou interessados em sair do hospital.

Ao perguntar para Marisa, uma ex-interna de uma dessas grandes casas para loucos, sobre o que ela diria aos profissionais, ela apela para que eles a ajudem no processo de transição dos usuários, da seguinte forma:

Diria para os profissionais que trabalham no hospital para terem coragem de dar coragem pras pessoas que não têm de sair daqui. Dar coragem pra elas conseguirem vencer o medo e reclamar a vida normal que elas tinham antes.

Mas que cidade é esta que oferecemos aos ex-moradores dos hospitais psiquiátricos? Suas estradas e seu entorno, com a passagem dos moradores do hospital, representariam riscos para ordem vigente, mas são povoados de perigos para todos os passantes. Ela foi vetada à passagem dos perigosos do manicômio, mas, talvez, mesmo sem eles, esteja cheia de “perigos” e tortuosos lugares, pertinentes à vida no espaço urbano. A vida na cidade “[...] é sabidamente uma experiência ambígua [...]”, provocando-nos atração e repulsa, conforme aponta Bauman (2004a, p. 135):

A desordenada variedade do ambiente urbano é uma fonte de medo (particularmente para aqueles de nós que já “perderam os modos familiares”, tendo sido atirados a um estado de incerteza aguda pelos processos desestabilizadores da globalização)

Bauman (2004a) assinala que a cidade é palco das incertezas e geradora de medos e que programas televisivos como Big Brother, que as invadem, trazem mensagens tanto de vigilância quanto de cuidado com o outro.

O autor interroga:

Como podemos deixar de ter medo? Enxergamos o perigo, apenas o perigo [...] Eles insistiram [...] em afirmar que este é um mundo duro, feito para pessoas duras: um mundo de indivíduos relegados a se basearem unicamente em seus próprios ardis, tentando ultrapassar e superar uns aos outros. Ao conhecer um estranho você precisa em primeiro lugar de vigilância, e em segundo e terceiro lugares de vigilância. (BAUMAN, 2004a, p. 110).

No livro “*Amor Líquido*”, Bauman (2004a, p. 129) apresenta a fragilidade dos laços, permeados pela falta de confiança nas cidades povoadas por “[...] estranhos.” Nesta visão a cidade que oferecemos aos ex-usuários, segundo o autor, pode proporcionar “[...] poucas orientações práticas aos planejadores urbanos, e ainda menos apoio aos habitantes das cidades em sua luta contra os desafios de viver nelas.” (BAUMAN, 2004a, p. 122).

Estas considerações anteriores sobre as cidades podem nos fazer perceber que, somadas às condições de hospitalismo desencadeado pelos longos anos de

institucionalização dos usuários nos hospitais psiquiátricos e, o diálogo perverso dos diferentes atores que institucionalizaram a loucura com os usuários em processo de saída para a estrada de “volta para casa”, são indícios de que a cidade que oferecemos a essas pessoas é povoada de riscos, de encontros solitários, de relações líquidas que escorrem antes mesmo da possibilidade de um primeiro encontro”. Isso me faz pensar nos sentimentos de desconforto desses usuários diante da idéia de abandonar a instituição, conforme as narrativas de Marisa – narrativas que não pertencem só a Marisa, mas que têm demarcado os processos de desinstitucionalização em curso no território brasileiro, nesta passagem pela via de acesso até o Residencial Terapêutico. Bauman (2004a, p. 115) aponta, no entanto, que, mesmo diante das incertezas, do medo e da falta de confiança:

[...] não importa o quanto um ser humano possa ressentir-se por ter sido abandonado (em última instância) à sua própria deliberação e responsabilidade, é precisamente esse abandono que contém a esperança de um convívio moralmente fecundo. A esperança, não a certeza.

As narrativas de Marisa colocam a cidade como o caminho da cidade, talvez atenuando os riscos desse encontro da loucura com a cidade, narrativas essas publicadas curiosamente no livro intitulado *Tempo de Desafios*<sup>20</sup>. Ao narrar o cotidiano no hospital, Marisa vai contar:

Na unidade era a mesmice de sempre, a gente não tinha esperança, eu me enxergava uma pessoa que não tinha vontade própria, remédio eles me davam, tinha horário para tudo, agora eu faço meu horário, eu me cuido, se eu quero comer alguma coisa, eu vou e faço. Na unidade era aquelas comidas, a gente tinha tudo pronto nas mãos. [...] Eu tava com medo, eu tinha medo de sair daqui, medo de viver lá fora, enfrentar a realidade da vida, mas depois eu sai e vi que não era um bicho de sete cabeças.

Mas esta cidade será mesmo o lugar da esperança? Santos (2002, p. 71) nos faz um importante alerta em relação a como as cidades vêm sendo construídas como um lugar miserável:

Ao longo dos séculos, as mitologias eram produzidas pelos povos. Hoje, não. Três ou quatro marqueteiros se juntam, produzem uma mitologia e [a]

---

<sup>20</sup> As narrativas de Marisa que menciono aqui foram tiradas do artigo “*São Pedro Cidadão: reconstrução da esperança*”, publicado no livro “*Tempo de Desafios*”, organizado por Soares, ver bibliografia.

vendem. A cidade, por exemplo, é tida por aqui como um lugar miserável. (SANTOS, 2002, p. 71).

No entanto, para o autor: “As cidades não são nada disso. A cidade é o único lugar em que se pode contemplar o mundo com a esperança de produzir um futuro.” (SANTOS, 2002, p. 71).

O caminho para a cidade, retomando os autores descritos e as narrativas dos usuários, passa a ser o encontro com a esperança, a construção de projetos de vida, enfrentamentos de seus perigos e de suas incertezas e a falta de confiança no outro. Isso me remete ao texto de Calvino (2005), em que Marco Pólo, ao avistar as cidades do barco do Imperador Kublai Khan, comenta que as cidades eram todas semelhantes, havendo apenas troca de elemento. No diálogo Marco Pólo aponta:

As cidades, como os sonhos, são construídas por desejos e medos, ainda que o fio condutor de seu discurso seja secreto, que as suas regras sejam absurdas, as suas perspectivas enganosas, e que todas as coisas escondam uma outra coisa. (CALVINO, 2005, p. 44).

Para Marisa, o hospital era o lugar da desesperança, dos horários demarcados pelas práticas disciplinares, era entremeado pelo medo de sair do hospital e pelo apelo aos profissionais, para que ajudassem as pessoas a “reclamar a vida normal”, que levavam na instituição.

Marisa foi morar sozinha em uma casa adquirida pelo DEMHAB, através da parceria realizada, na época, pelo diretor do Hospital Psiquiátrico com a Prefeitura Municipal. Ela, como os outros beneficiários da política habitacional da cidade, paga uma pequena parcela mensal, na condição de “dona de uma casa” popular, morando do outro lado da cidade, afastada dos olhares sistemáticos de um serviço de Saúde e da falta de esperança na vida do hospital. As suas falas, como as de que “eu faço meus horários”, “eu me cuido”, “se quero comer alguma coisa, eu vou e faço”, mostram que ela não está à mercê do tempo demarcado pelo hospital psiquiátrico, acenando para um possível abalo nas fronteiras disciplinares da vida no Residencial e de outro jeito de morar na cidade que, segundo ela “não era um bicho de sete cabeças”.

Knijinik, ao fazer uma leitura da experiência de desinstitucionalização no sul do país, aborda os possíveis contornos desta experiência:

O terreno, ora dominado por solos áridos e práticas mortíferas, movimentava-se à medida que os caminhantes abrem fendas ao longo de suas trilhas. Os mapas que lhe serviam de guias cotidianos vão sofrendo alterações e cada

encontro torna-se linhas provisórias de sentidos alinhavados. Territórios disciplinares são invadidos por questionamentos, borrando suas fronteiras, e abrindo passagem para fluxos antes interrompidos pela dureza dos contornos (KINIJINIK, 2004, p. 19).

E a cidade, para Luís, o morador do Residencial, na qual um porteiro se faz presente nas 24 horas do dia? Os porteiros, junto com dois cuidadores por turno acompanham, em regime de plantão, a casa chamada de “casa dos crônicos”. Seria esse um lugar da esperança?

Em nossa conversa, ao perguntar a ele como é o cotidiano na sua casa, Luís responde:

Eu tomo banho, almoço, janto [...]

Em meu diário de campo, após uma visita à casa de Luís, escrevi:

Fui antes para a casa masculina II. Joana, a coordenadora dos Residenciais diz que aquela casa era muito pequena para o número de pessoas. O mesmo quadro da casa anterior. Homens trancados, o porteiro... Um usuário agachado no canto da sala. Lembra do filme. Lembra do Estranho no Ninho? Igual. Outro com os braços cruzados me olhava, quando perguntava seu nome, sorria e virava a cabeça para outra direção. Outro falava, tentava entender, mas não conseguia. Joana disse, não entendo nada! João responde claramente: nem eu! Queria sair dali de novo. O porteiro entra e se queixa de seu colega que não vem trabalhar. Pede ajuda para a coordenadora em relação ao colega. Um homem tranquilo acompanhava aqueles homens vestido com um avental de couro sintético na frente. Provavelmente estava fazendo a limpeza da casa. A casa cheia de homens, pedindo cigarro, pedindo cigarro, pedindo cigarro, pedindo cigarro. Pedindo cigarro... Ninguém se entendia, ninguém se escutava e eu louca para correr dali.

O avental de couro sintético anunciava que os cuidados com “as pessoas” poderiam estar centrados na limpeza da casa. Em relação ao uso dessa “indumentária” pelo cuidador, trago um fragmento da entrevista realizada com Sônia, gestora municipal da região nordeste. Ao falar das relações de cuidado com os usuários nos Residenciais, faz a seguinte colocação:

Os cuidadores estão sendo empregadas domésticas. Eles não têm um olhar de cuidado, tem um olhar de doméstica. Eles não têm um olhar de ensinar, porque todos eles faziam alguma coisa antes, tinham uma vida antes, fazer com que eles tenham essa vida de volta, mas a gente não tem como fazer isso, o cuidador está ali para cozinhar, lavar roupa, para passar, pra limpar a casa.

Retomando a noção de reabilitação discutida anteriormente, que aponta a “obsessão” pela simetria e a organização dos espaços, como sinônimos de reabilitação psicossocial, o “uniforme de trabalho” assinala, que nos Residenciais,

onde o usuário “não se dispõe” ou, ainda, é visto como sendo “incapaz” de assumir as atividades diárias da casa, o cuidador passa a ser aquele que busca, fazendo uma analogia ao modelo da casa romana, esse espaço tranquilizador dos que não têm controle. (SENNET, 2008, p. 129) Na busca da perfeição das “formas”, os cuidadores ocupam-se com a organização dos espaços da casa, assumindo o lugar de empregados domésticos, como assinala a gestora.

Num outro aspecto, o Residencial seria semelhante ao modelo da casa burguesa, cujo “[...] lar ocuparia o lugar restrito da revelação e confissão das verdades do sujeito universal assentados na natureza humana.” (BAPTISTA, [s.d., s.p.]), condicionada à presença dos iguais e seus laços familiares, que “[...] sem eles o humano ressecaria, perderia o adubo fundamental para o crescimento.” (BAPTISTA, [s.d., s.p.]). Agora na ausência dos “iguais” consangüíneos, a possibilidade de parentesco cumpre-se na divisão nosográfica dos semelhantes “crônicos” e, assim como no hospital psiquiátrico, nessa condição de pequena casa, possibilitaria a confissão das verdades, a verdade da doença.

Neste lugar de “iguais”, o porteiro, com sua função de “vetar” a passagem das intempéries da vida, impede, também, o penetrar da cidade pelas entranhas das janelas e das portas, “garantindo” através da interdição dos fluxos, o afastamento e o isolamento das pessoas que vivem no “hospital dos grandes campos de concentração” e que agora vivem com mais sete pessoas em um Residencial Terapêutico. O homem do avental sintético e o “guarda” amedrontador exercem a vigilância/controla dos moradores nesses espaços simétricos, que simulam os traços da casa da sociedade burguesa ao possibilitar o refúgio das intempéries do mundo, do espaço de fora da casa.

A presença do porteiro, a princípio não significaria que os moradores estariam submetidos a sua vontade. Porém em uma das conversas com Paulo, o “antigo vigilante” do hospital psiquiátrico, ele comentou que essa casa seria a “mais difícil”, pois “os usuários fogem muito de lá”. Para mim, quem foge está preso! E talvez, Paulo ainda cumprisse esta função no Residencial, a do vigilante/ cuidador de forma similar a quando ele atuava como recepcionista e vigilante no manicômio.

A fuga nos discursos de cuidadores e gestores não “reaparece” somente na experiência nordestina mencionada. Ela desponta de forma diferenciada em cada uma das regiões do país que visitei. No sudeste, a fuga “quase se perdeu” em meio à proposta de desinstitucionalização, mas ela ainda surge, quase inesperadamente,

nas conversas que tive com os profissionais; no sul, ela tem a conotação de não voltar para casa, sair “sem avisar”.

O “pulo do muro”, também, é apontado como uma das dificuldades enfrentadas pelo vigilante do nordeste. É lembrada por Luana e Evandro em um encontro realizado com o conjunto dos profissionais que atuam nos Residenciais Terapêuticos da cidade nordestina. As “rodas de conversa” tinham como objetivo trocar as experiências “do sul” com o processo vivenciado naquela cidade.

Desse momento de discussão, trago um excerto de meu diário de campo, na qual registro a conversa e as questões levantadas por Luana e Evandro sobre um morador que “costuma fugir” do Residencial:

Uma cuidadora fala de um morador que foge. Perguntei a ela, o que ele faz quando foge? Ela diz que ele vai comprar Coca-Cola. Vai comprar Coca! Perguntei o que acontece depois? Ela conta que ele volta para casa. O outro cuidador conta que um dia ele não voltou e saiu correndo. Acha que ele não vai voltar para casa. Comenta que outro dia fugiu e foi para a casa da mãe. Marquinhos foge para comprar Coca-Cola e para ir para a casa da mãe. Perguntei então, se Marquinhos fazia alguma coisa quando saía, se machucava ou colocava alguém em risco. Responderam que: Não!
--

Diante dessa pergunta, fica claro que os “medos imotivados” em relação ao morador desapareceriam se os cuidadores tivessem o respaldo dos gestores municipais, caso “algo acontecesse” com Marquinhos na rua. Marcamos uma saída com ele, na presença de um dos cuidadores. Nessa caminhada acompanharíamos Marquinhos para comprar uma Coca-Cola e caso ele demonstrasse o desejo de continuar “o passeio” iríamos a seu lado. No dia marcado chegamos a casa onde mora Marquinhos e fomos recepcionados pelo vigilante que mais uma vez nos abriu a porta da casa. Ao chegar, nos sentamos junto a uma mesa na parte externa da casa. Confesso que naquele dia senti medo do vigilante; diante do mal estar que o porteiro me despertava, era a presença dos moradores que me acalmava. Ao conhecer o tal moço da coca-cola fiquei muito surpresa.

Ao ver Marquinhos, chamou-me a atenção o fato de que ele tinha uma deficiência na perna, provavelmente, seqüela de paralisia infantil. Ele era um homem de aparência frágil, magro, com dificuldade para falar, dizendo somente duas palavras, segundo os cuidadores: mãe e coca. Palavras que o incitavam a pular o muro para saciar a vontade de se encontrar com a mãe ou, simplesmente, beber um copo de refrigerante! Ao vê-lo, não conseguia imaginar a cena dele correndo

desesperadamente a ponto de se colocar em risco pela velocidade alcançada por suas pernas.

A saída dos moradores, nessa casa, da mesma forma que em outra casa no centro-oeste, é condicionada às atividades organizadas pelos gestores do projeto (junto ao Centro de Convivência, excursões eventuais para o balneário mais próximo da cidade, restaurantes). Portanto, as saídas eram demarcadas pelas festas. Estas se configuram como um dos domínios de exclusão como já citou (FOUCAULT, 2002a) ou como um possível ponto de encontro com a cidade, além dos cuidados com a saúde.

A cidade, como os sonhos, “[...] construídos por desejos e medos.” (CALVINO, 2005, p. 44), se apresenta para Marquinhos e Luís condicionada ao pulo do muro, “[...] a esperança, não a certeza”, (BAUMAN, 2004a, p. 115) do vacilo do vigilante, para que eles possam, a partir desse descuido, chegar ao “copo de Coca”, ver a mãe ou, quem sabe, encontrar o amigo que foi transferido para outro Residencial.

A casa dos crônicos, com a presença do porteiro e de “cuidadores” que se preocupam com as possíveis fugas dos moradores, aponta para outra de suas funções (além da limpeza da casa): a de estar atento para manter as pessoas isoladas da cidade, vivendo agora em um “pequeno castelo”, lembrou-me da intervenção realizada no hospital de Clermeint-em-Oise. A lembrança se deu não apenas pela “exclusão” das pessoas das cidades, mas também pela condição de pensionistas, numa relação marcada pelo modelo familiar de intervenção “muito sutil”, afinado com estratégias disciplinares de controle do tempo, dos corpos e da vida dos que vivem nessas casas. Assim, os traçados que fiz inicialmente a lápis, dos possíveis pseudópodos do hospital psiquiátrico, no desenho do “mapa da Reforma”, “como pontilhados” pela falta de elementos para análise, unem-se.

No “mapa da Reforma” de tantas vias encontradas e de outras que talvez surjam, título desta seção, desenho pseudópodos do hospital psiquiátrico que pincelados no entorno da instituição “desmanchada”, transformam, em seu conjunto com as diferentes vias traçadas, o mapa de forma estranha. Ao olhá-los nos diferentes ângulos, aos que a escrita dessa seção me conduziu, percebo que o mapa está começando a tomar “[...] uma forma extravagante [...]” com feições nunca imaginadas enquanto militante do movimento pela Reforma Psiquiátrica.” (COWAN, 1999, p. 156).

Nos contornos parciais de Fra Mauro, ao compor o mapa do mundo, em um dado momento, ele receia que os contornos e figuras não representem o retrato de uma “verdade”, onde conclui: “[...] O que realmente acredito é que meu mapa é uma distorção.” A princípio, ele tinha a suposição de que o relato dos viajantes era descrito a partir de uma realidade palpável, mas ao escutar os viajantes suspeitam que suas “[...] exposições tinham passado pelo filtro de suas próprias sensibilidades.” (COWAN, 1999, p. 147).

Ao olhar a “extravagância” do mapa que desenho nessa tese, coloco-me como Fra, intrigada com as possíveis distorções dos atores/narradores dessa tese, hipnotizados pelo filtro de suas sensibilidades, no qual me incluo na condição de pesquisadora/viajante ao encontro de meus informantes. Assim, diante das possíveis distorções dos tantos narradores desse estudo, a necessidade de partir em busca de outros traços se coloca como uma possibilidade para acalantar minhas dúvidas, na busca de tornar esse mapa um pouco “mais fiel” ao desenho da Reforma Psiquiátrica no Brasil e os (Des) Encontros da Loucura com as Cidades.

Partirei, então, em busca de mais detalhes sobre o processo de transição do hospital psiquiátrico para os Residenciais, dos que ingressaram na segunda via, a do hospital para o de volta para casa, dando maiores contornos sobre essa chegada, trazendo as narrativas dos diferentes atores envolvidos.

## **7 CHEGANDO EM CASA: eu voltei pras coisas que eu deixei?**

Não sou uma “Amada Amante” do rei Roberto Carlos, mas há “detalhes tão pequenos” na vida, que a gente nunca esquece, mesmo que sejam os de um comercial de televisão.

Eu era pequena quando ouvia a estrofe de uma música, que não era do destronado rei Jorge III, mas do eterno, desde que ele “não fique louco”, rei Roberto Carlos que, em um comercial figurou, por muito tempo, nas telas das televisões em preto e branco da época; algumas imagens desse anúncio, em especial, me chamavam a atenção: lembro de um rapaz andando na calçada de uma rua com uma mochila nas costas. Na cena, seus passos aceleravam continuamente, parecendo que estava ansioso por chegar rapidamente a um determinado lugar. De repente, ele pára em frente de uma casa. O sorriso no rosto do moço transparecia que ele estava chegando a um lugar muito querido seu. Ao abrir o portão o rapaz sobe as escadas e “atira” a mochila no chão.

Depois dessa cena, tive a certeza de que essa era “a casa dele”, não somente pela voz do Roberto cantando “Eu voltei pras coisas que eu deixei!”, mas pela imagem que acompanhava a música. Nela, as câmaras focam o olhar do moço ao ver um cão e, em seguida, a imagem do cão latindo ao ver o rapaz.

A cena me comovia, mas mais que isso, me impressionava, pois para mim, no primeiro dia em que vi o comercial, descobri que os cães podiam “sorrir”, quando o dono da casa chegava. A emoção do encontro do rapaz com o cão ficou em minha lembrança, com o som ao fundo do Rei cantando: “Meu cachorro me sorriu latindo. Acho que só eu mesmo mudei! E voltei! Eu voltei pras coisas que eu deixei!”

Não lembro qual era o produto que o comercial exibia e, na suposição de escrever sobre esse comercial em minha tese, perguntei a alguns amigos e minha orientadora sobre qual o produto anunciado. Curiosamente, todos se lembravam das cenas e da música, mas não quem era o financiador do anúncio!

A recordação dessa imagem aconteceu quando me propus a desenhar uma figura que ainda não vi e da qual poucos se ocuparam, os trabalhadores da Reforma - a figura que traz o “desenho” de como se dá o “de volta para casa”, como é percebida essa casa em que se chega que não é igual à casa que se deixou, a casa de onde essas pessoas partiram quando foram transferidos para a Casa dos Loucos.

Esse “De Volta para Casa” se dá para uma casa desconhecida, uma casa vazia, no sentido de que possa ter algo seu “lá te esperando”, um cachorro, o portão, uma foto, uma carta, o chinelinho que se gosta...

Talvez, como forma de atenuar a chegada nessa casa “vazia”, sem nada de seu o esperando, alguns moradores trazem aquilo que lhes é conhecido, as marcas “identitárias”, mencionadas anteriormente, como uma maneira de fazerem-se habitantes desse espaço. Na conversa com uma das cuidadoras, do centro-oeste do país, sobre a chegada dos futuros moradores do Residencial, ouvi:

[...] tinha um que não soltava o lençol em hipótese nenhuma, outro só andava com um bonequinho, outro que só andava com um monte de copinhos num saco. A gente foi trabalhando e hoje não precisa de tanto sacrifício para se manter naquele lugar, tem toda a história deles, se a gente fizer um resgate, a gente tem conseguido.

A ausência de seus pertences e do pertencimento, a necessidade de trazer algo da antiga “casa”, lembrou-me as histórias de Sandro, ex-morador de um hospital psiquiátrico da região sudeste, pois ele, diversas vezes, precisou voltar “para as coisas que deixou”.

Conheci Sandro quando eu estava chegando à frente de um Residencial, onde viviam(em) um casal, cuja cerimônia de casamento na igreja contou com a presença de todas as vertentes políticas da cidade. Eu estava interessada em conhecer as pessoas que conseguiam aglutinar todas as tendências políticas do lugar.

Sandro, um rapaz bonito, como se diz “bem apessoado”, dá um abraço e um beijo em Léia, cumprimentando-me após eu ser apresentada por ela. Ao conhecê-lo, fui contagiada pelo astral daquele rapaz que, desbravando as ruas da cidade, deixava bicicleta para conversar com a “amiga”. Até então, Sandro era mais um dos conhecidos/amigos de uma pequena cidade do interior, que Léia conquistava com sua simpatia.

No entanto, em determinado momento da conversa, achei que Sandro não era apenas um conhecido dela. Ele estava muito contente nesse dia, deixando entendido que estaria comemorando algo muito importante. Não me recordo das palavras que ele usou para “lembrá-la” do período em que estava em abstinência alcoólica, de forma que eu não percebesse que ele já havia utilizado o álcool de forma abusiva em sua vida.

Lembro essa passagem, da “comemoração” de Sandro, para demarcar que, naquele Estado, conhecido por suas famosas cachaças, a internação motivada pelo uso do álcool torna-se um diferencial importante em relação às internações de longo prazo em um hospital psiquiátrico, se comparar com outras cidades que participam desse estudo. Além disso, muito dessas pessoas, agora, estão inseridas nos Residências Terapêuticas destinados aos portadores de transtornos mentais.

Fiquei surpresa quando Léia apresentou Sandro como morador do Residencial. A presença dele, desbravando com leveza as ruas com sua bicicleta, fazia-me sentir um brilho de esperança, muitas vezes ofuscado dentro de mim, nos momentos em que delineeie alguns traços do desenho do mapa que reafirmavam a “loucura” como espaço de exclusão dentro do processo de Reforma Psiquiátrica vigente no país.

A esperança que o seu passeio de bicicleta na cidade me provocara e a comemoração de algo que não conseguia entender, me incitaram a perguntar se ele gostaria de participar desse estudo. Ao aceitar, Sandro me deixa o número do seu celular para que eu ligue marcando o dia e o horário para conversarmos.

Em um primeiro momento, ao ver sua casa na cidade, não poderia imaginar que ele, até pegar a bicicleta para um passeio, caminhara, por um período de cerca de um ano, em uma via oposta, do Residencial para o Hospital, não por decisão dos gestores, mas por um processo que precisou vivenciar, até se “desprender” do hospital.

Dessa caminhada, ele fala “das coisas que ele deixou” no hospital e do quanto aguardava o amanhecer para voltar à instituição e encontrar os amigos que conheceu no período de sua internação:

O quadro que eu fazia lá na [...] lá eu vendia eles, eu vendia e ganhava um dinheirinho. Igual eu tava comentando com vocês outra vez, que quando eu saí de lá pra vir pra residência eu estranhei muito, eu custei a acostumar, mas depois eu acostumei, mas no começo assim eu não acostumei. Enquanto o dia não amanhecesse e eu não fosse no hospital e ficasse com o pessoal de lá o dia não tava bom pra mim.
---

Sandro nos conta das suas idas e vindas “na segunda via” até se acostumar com a vida na casa, lembrando do seu trabalho no hospital e da necessidade de estar com as pessoas com quem conviveu, lugar que naquele período, nos dias em que não voltava para ficar com os amigos, “o dia não estava bom”. A sensação de perda demarcava sua necessidade de retornar ao hospital:

Ah isso. Assim que eu saí de lá, no início. Parecia que tinham arrancado um pedaço meu. Mas depois eu fui acostumando com a, com a residência, igual eu falei aqui no começo, depois eu fiquei acostumando. Eu fiquei lá, lá um ano; ai que depois eu desprendi, sabe aí eu desprendi, eu aqui consegui me desprender, ai eu fico por aqui. Quando eu não to aqui fazendo o que eu quero, eu pego um bico ali, lá fora e tal, a que tu quer... Aí agora o padre dá bola pra mim né, me chamou.

Durante nossa conversa, ele comenta que, atualmente, quando “tem um problema” procura a técnica de referência de sua casa ou Léia para conversar, possivelmente, encontrando nelas um espaço de escuta frente aos problemas cotidianos da vida.

Sandro passou a fazer pequenos concertos em alguns bairros da cidade e, atualmente, trabalha com o padre, que administra a ONG parceira do município na administração do projeto, fazendo “blocos” para a confecção dos tijolos.

Ele possui uma vida social para além de suas relações de trabalho, nas vizinhanças, tendo como costume sair à noite. Conta que conheceu uma moça no baile de carnaval e que sua namorada, uma mulher mais velha que ele, que uma cuidadora o apresentou, ficou sabendo de seu envolvimento no baile. Para não perder a namorada, disse a ela que a moça com quem conversava “era uma amiga”, tentando convencê-la de que ele não havia traído a sua confiança.

Sandro tem por costume viajar sozinho. Quando “sente vontade”, conversa com as técnicas, que acompanham o projeto, sobre seus planos. Geralmente, gosta de viajar para a capital, mas já visitou outra cidade importante pelas tradições e cultos religiosos de sua região.

Ele sonha em encontrar sua família e está juntando dinheiro para comprar um computador, pois quer conhecer outras pessoas e, quem sabe, encontrar notícias de seus familiares. Ele já “conversou com Léia” sobre essa compra.

Na passagem de Sandro para a casa, o “desprendimento” do hospital se deu depois de muitas idas e vindas, até encontrar outras relações na cidade: a escuta da técnica de referência e da gestora do projeto, os conflitos amorosos na cidade, o trabalho informal fazendo “bicos”, até o chamado do padre para trabalhar na confecção de tijolos.

Sandro gosta de cozinhar algumas vezes na casa, mas prefere cuidar dos jardins, gosta de plantar “margaridas, flores” como ele mesmo me diz. Quando cheguei a sua casa, brincaram com ele quando passávamos pelo pátio: “O jardineiro

está de férias.” Ele sorriu como se não fosse com ele a brincadeira.

À esquerda da área da casa, um pitbull parecia não tirar os olhos de mim. No final da entrevista, perguntei a ele sobre aquele cão que me dava medo com aquela postura de autoridade que não desviava o olhar da sala da casa, onde estávamos.

Ele responde:

Eu ganhei ela! Ganhei de uma cuidadora que ficava lá na 14. Na 14, não, lá na 20. Ela tá com quatro anos essa cachorro. Se deixar roupa no arame ela arreventa a roupa tudo. Eu dou banho nela e ela tem uma força. Vive me arrastando. Se ela pegar uma pessoa de noite, ela machuca. Ela tem uma força. O outro cuidador que chama ela. Eu escutei no noticiário das sete horas sobre uma lei contra os pi Bull tem que botar chip e registrar [...]

O medo do cão e a resposta de Sandro sobre a procedência do animal, “sem querer”, colocaram-me diante de outra forma de lidar com a presença de animais no Residencial A doação do cão pelo cuidador, de alguma maneira legítima aquele espaço como uma casa. Na experiência do sul, como mencionei no início dessa tese, a decisão da equipe, após consultar o serviço de Vigilância Sanitária, foi a de retirar de Jane o seu “fiel companheiro”, que a acompanhava em seus ritmos musicais no Residencial. Essa atitude da equipe estava atrelada às regras de funcionamento estabelecidas para os serviços de Saúde, cuja equipe optou consultar, em minha opinião, apenas para receber o “aval” da entidade fiscalizadora.

O cão passou a fazer parte da cena daquele Residencial, da vida de Sandro, e, talvez, como o rapaz do comercial, Sandro na chegada dos bailes, possa abrir o portão ao chegar em casa e, quem sabe dizer: “meu cachorro me sorriu latindo.”

No entanto, até encontrar uma casa onde “ele deixa as suas coisas”, Sandro passou por idas e vindas do Residencial para o hospital, de forma semelhante à Mara, moradora de uma casa em um complexo habitacional popular da região sul.

Ao falar de sua experiência de volta para casa, da saída do hospital, nos conta:

Ah, eu senti vontade de voltar de novo! Senti muita vontade, porque eu estava acostumada com as pessoas ali, sabe? A gente ia de um lado tinha outro. Aí, a gente saía perto de um tinha outro para proteger, do outro lado tinha outro, daí eu sentia falta, sabe? De noite, lá na unidade, nós tomávamos cafezinho. De noite sentávamos com as enfermeiras, via televisão. Te lembra que nós fazíamos com a turma? É que agora não tem mais. Isso aí eu senti falta, até hoje eu sinto. Às vezes, quando eu quero conversar eu vou lá para Cristina, para Lúcia. Eu sinto falta, por isso que eu converso com as crianças, converso com todo mundo para não me sentir sozinha. Mas, eu sou muito apegada na Lúcia.

Ao falar dos sentimentos relacionados à saída do hospital, Mara falou da saudade, do desejo de retorno, das amizades construídas, lá, e da proteção que elas representavam. Ao recordar essas lembranças, comenta:

É que agora não tem mais isso. Isso aí senti falta, até hoje eu sinto!

As narrativas de Mara sobre a rede estabelecida no hospital podem nos ajudar a pensar sobre um dos motivos associados ao retorno dos usuários às instituições hospitalares. Todavia, após contar sobre as situações que lhe despertavam o desejo de voltar para o hospital, Mara fala das pessoas da cidade, a qual procura, quando quer conversar, lembrando de Lúcia e Cristina, suas vizinhas.

Lúcia mora em uma casa quase em frente à de Mara. Ao chegar à casa de Mara, ela levou-me à vizinha, onde sou apresentada por ela, não só para Lúcia, mas também para sua filha Natália, que fazia quinze anos no final daquele ano, Felipe, seu filho menor, e Paulino, marido de Lúcia. Lá estava eu, sentada, na sala da vizinha, com Mara, Lúcia e sua família. Dessa cena, uma imagem marcou-me: em minha frente, junto à mesa, sentavam-se Mara, Lúcia e Natália. Ao fundo, compondo o cenário, um fogão à lenha, sobre o qual pendia um imenso cacho de bananas, cuja exuberância disputava, com os demais protagonistas, o foco principal da cena.

Essa imagem me reportou à cena inversa, a imagem escura e gélida da unidade onde Mara morava no manicômio, no prédio histórico do hospital psiquiátrico. Era na “sala dos técnicos” – lugar sem janelas, de paredes verde-escuro descascadas pelo tempo, com portas que impediam a entrada da luz do dia – que nos encontrávamos, onde o curso de nossos pensamentos era usualmente interceptado pelos gritos dos moradores.

Para mim, as duas cenas tornaram-se opostas. A cena desse momento pareceu-me absurdamente linda, calorosa; e a cena do passado, escura e fria. Em virtude do meu constrangimento, na frente de Mara e da família de Lúcia, teci um daqueles comentários que fazemos como forma de fugir da timidez evocada pelos encontros: Bonito fogão. Adoro fogão à lenha!

A vida te coloca onde tu menos esperas! Aqui estou me reportando à frase de um amigo. A caminho da casa de Mara, eu imaginava a entrevista sendo realizada com a privacidade pertinente às técnicas de exame do hospital, nas quais não há

possibilidade de outras pessoas ingressarem, salvo com combinações prévias. No percurso, vinha pensando nas formas possíveis de intervenção, que não gerassem constrangimentos para Mara, diante de minhas perguntas. E, agora? Mara havia me colocado na casa de uma família, em meio a pessoas desconhecidas para mim. Onde estaria o “conforto” de nosso espaço privado, de nossas conversas no manicômio?

Esses “novos” personagens trouxeram o inusitado, colocaram em questão as minhas relações de saber/poder como especialista, traçadas com Mara no espaço do manicômio, dando lugar, ali, ao desconforto e à timidez. Lúcia, a partir de meus comentários sobre o fogão, teceu outros, quebrando o silêncio e o constrangimento do encontro. Contou que “faz pão para vender” e que Mara a ajudava nas vendas, voltando “sempre para casa com nada”, mostrando-me outros fios na trama de relações que Mara criou naquele bairro da cidade.

Para Certeau (2000, p. 40), o bairro é “[...] quase por definição, um domínio do ambiente social, pois ele constitui para o usuário uma parcela conhecida do espaço urbano na qual, positiva ou negativamente, ele se sente reconhecido.” Isso me leva a pensar na forma como Mara vem se relacionando ali, através da venda de pães e do seu “sucesso nas vendas”. Essa inserção, além de estabelecer uma relação de “troca comercial”, aponta outras possibilidades de reconhecimento para Mara, o que me “[...] permite compreender um pouco melhor esta grande desconhecida que é a vida cotidiana.” (Certeau, 2000, p. 40).

No entanto, “a vendedora” em sua chegada no bairro se apresentava de outra forma. Lúcia relembra a chegada de Mara no bairro, quando a conheceu, dizendo que nos primeiros dias, Mara parecia “um bicho do mato”. No início, ela apenas “saía com as crianças” e, aos poucos, passou a se aproximar dos adultos. Após tê-la conhecido, Lúcia passou a vê-la como uma pessoa meiga, diferente da imagem que fazia. Em seguida, ela comentou sobre o estranhamento das pessoas da vizinhança ao saberem que Mara era uma ex-moradora do Hospital Psiquiátrico, tendo em vista o contraste entre o modo como Mara vivia ali e o que se pensa em geral sobre as pessoas internadas no hospital.

É o que revela o trecho abaixo:

Também assim, as pessoas, às vezes, as pessoas perguntam, assim: ‘Ah, mais ela é da onde?’ Daí, a gente diz, as pessoas ficam assim chocadas. Por quê? Porque ela não tem
---

nada a ver com o hospital, entendeu? Ela é uma criatura normal que vai e que vem, que nem eu digo, que trabalha, que batalha todo dia, que sai cedo, que vem e que vai com chuva que vai com sol, que fica doente, que tá de bom humor e mau humor, normal como qualquer outra pessoa. Então, quando falam assim: ‘Ah, ela é do São Pedro’, as pessoas ficam chocadas, porque não condiz com ela. Mas como que ela é de lá? Por que ela está lá? Por que ela veio de lá? Por que ela não diz nada daquilo de lá? As pessoas pensam assim: que as pessoas de lá são pessoas assim que loqueiam, que são agressivas.

As narrativas de Lúcia e de outros vizinhos do bairro parecem dizer que Mara não tem nada a ver com o hospital. Os moradores não a reconhecem como ex-moradora de um hospital psiquiátrico, na posição de louca, agressiva.

Neste mesmo dia ao voltarmos para sua casa, Mara lembrou-se dos tempos no hospital, quando era vista de outro jeito, falando das ocasiões em que se cortava. Segundo ela, era um período em que “fazia horrores” e “tentava se matar”; fez referência ainda aos episódios em que “aprontava”, agredindo os funcionários, pegando-os pelos cabelos.

Ao conversarmos sobre as vozes que, no período do hospital, ela dizia ouvir e que a levavam a se agredir e tentar se matar, ela comentou:

Passou por que a gente vê que hospital não faz bem. As pessoas da comunidade que a gente vive também fazem bem. Não é só hospital. Tem bastante gente que me olha, me ajuda, me protege. Tem bastante. Não só o hospital.

Na seqüência, ela também falou sobre as mudanças que ocorreram nas suas atitudes com os outros e consigo mesma:

Nunca mais me deu, as pessoas conversando com a gente, contando os causos, contando as coisas que acontecem, isso aí passa, isso aí tira da gente. Depois que eu vim pra cá, eu cresci bastante. Não dei mais em ninguém.

Mara atribui o “não escutar vozes” e “não agredir” os outros às relações estabelecidas na sua vida na cidade.

No encontro na casa da vizinha, no decorrer da conversa, Lúcia foi mostrando-me Mara como alguém que fazia parte de sua família. A partir de suas colocações, Mara referiu-se a ela como sendo sua “mãe branca”.

Aos poucos, o traçar da intimidade revelada entre as duas e ao perceber que aquela família, também, me conhecia há algum tempo, abrandou a minha timidez inicial diante daquele encontro inusitado. Afinal, Lúcia e eu compartilhávamos de muitas opiniões em relação à Mara; éramos cúmplices da sua disposição em

trabalhar, batalhar pelos seus sonhos, mesmo com as dificuldades e tristezas vividas por ela no passado; e traduzíamos, através de seu olhar para o infinito e a meiguice de seu sorriso, o significado da palavra esperança.

Tomada pela cumplicidade presente naquelas relações de amizade, percebi que os contornos da dominação representada pelo meu papel de especialista atenuaram-se; as experiências e as relações de poder vividas entre Mara e eu, no manicômio, mudavam sua forma, borravam suas fronteiras. Ortega (1999, p. 98), ao analisar a leitura de Foucault sobre a amizade, aponta que a nova ética da amizade procura jogar dentro das relações de poder com um mínimo de dominação e criar um tipo de relacionamento intenso e móvel, que não permite que as “[...] relações de poder se transformem em estado de dominação.” O inusitado daquele encontro estava contido nessa nova configuração, cujo elemento, a amizade, mudava o jogo entre os poderes.

Entre as revelações de ambas sobre a amizade construída enquanto vizinhas, Mara, a certa altura, perguntou-me se eu não gostaria de “comprar uma rifa”, que estava sendo realizada com o objetivo de “arrecadar fundos” para a festa de quinze anos de Natália. A empolgação com a possibilidade da festa tornava inadmissível negar a minha participação, mesmo que de forma simbólica, na construção daquele evento. Ao comprar-lhe a rifa, Mara deixava transparecer sua satisfação, sorrindo.

Desse encontro, guardo em meu diário de campo a seguinte percepção: “Cumplicidade entre as duas e a filha”.

A relação de amizade entre Mara, Lúcia e sua família, na interpretação dada por Ortega (1999, p. 168) à obra de Foucault em relação a este tema, pode apontar novas possibilidades para Mara ser posicionada, já que precisamente este jogo com o poder (entendido como possibilidade de dirigir e mudar o comportamento do outro) “[...] torna a amizade algo fascinante.”

As experiências de Sandro e Mara sobre a construção de outras relações na cidade trazem elementos para pensarmos sobre o processo de acompanhamento da travessia desses usuários, ou seja, aceitar que eles também precisam criar condições para que outras redes sejam formadas, outros vínculos sejam gerados na cidade, nesse “novo” lugar.

A falta dos amigos do hospital relatada por eles lembrou-me as passagens de avô Mariano e avó Dulcineusa, personagens do livro “Um Rio chamado Tempo, uma Casa chamada Terra” de Mia Couto. Nele o avô diz: O importante não é a casa onde

moramos. Mas onde, em nós, a casa mora (COUTO, 2003, p. 53). Avô Mariano com seu comentário parece colocar a casa onde moramos enquanto “objeto concreto” em segundo plano, destacando a casa como uma “espécie de morada” que habita em nós, a nossa morada interna.

Essa “morada interna” para sua esposa, a casa que habita em nós é a casa onde ela morou com o seu amado. Nesse sentido a casa passa a ser demarcada, na obra de Mia Couto, na figura de seus personagens, como o lugar onde se dão as nossas escolhas afetivas. Para ilustrar, trago a passagem em que o casal se “despede”: Avó Dulcineusa, ao cortejar o velório de seu esposo na casa onde viviam, entrega as chaves da moradia para o neto Mariano. Vencida por um “repentino cansaço”, entra em sono profundo após a entrega da casa onde viveu até o falecimento de Mariano. Ao acordar, ainda confusa, fala que deseja “ir embora”. Seu filho, pergunta então, para onde queria ir? Dulcineusa insiste em dizer que deseja ir para sua casa. O filho, surpreso com a atitude da mãe, busca lembrá-la que esta é a sua casa. A viúva, diante do apelo do filho volta a dizer que não, que não estava em sua casa. A morte do amado com quem viveu tornou a casa onde “[...] viviam, outro lugar, onde seu olhar revela essa inexplicável estranheza [...]”; perdera familiaridade com seu próprio lar. (COUTO, 2008, p. 34).

A casa como lugar de nossos afetos e as narrativas de Sandro e Mara sobre as relações que deixaram no hospital, “as coisas que eu deixei” e que, possivelmente, não levaram para onde foram morar no caso o Residencial, apontam para a importância de estarmos atentos aos vínculos construídos e à necessidade dos usuários de participarem no processo de escolha das pessoas com quem vão conviver nessa nova casa. Além disso, essas experiências apontam para a importância de catalisar uma possível rede de afetos que demarquem contornos do Residencial como o lugar onde se dê e se possa contar com novos laços na cidade, como nos conta Mara ao falar de suas amigas.

Eu sentia medo das pessoas, sabe? Eu sentia medo, sabe? Que eu nunca vi na minha vida ,né? E vim para uma lonjura dessas e eu sentia que parecia que tinham me arrancado dos braços do São Pedro, eu sentia, sabe? Essa lonjura me passava pela cabeça que trouxeram para bem longe, longe do São Pedro, bem longe, me arrancaram dos braços do São Pedro. Daí, de noite eu chorava. Às vezes, a Lúcia vinha aqui, sabe? Me olhava e eu estava chorando; eu tinha saudade porque eu estava muito longe, sabe? Tinha saudade. Daí, agora não.

Contudo, ela, naquele encontro, também conta que sentia medo das pessoas, parecia que estava sendo “arrancada dos braços” da instituição e que chorava a sua falta. Ao falar dos sentimentos relacionados a sua separação do hospital e ao lugar para onde veio morar, Mara evoca Lúcia, novamente, em suas narrativas, complementando:

Tinha saudade. Daí agora, não [...].
--------------------------------------

Uma possibilidade para pensar sobre a importância das amizades construídas no hospital encontrou em Cícero (2006), quando ele nos fala das “vantagens da amizade” como um laço a fortalecer “os fracos”:

Graças à amizade, os ausentes tornam-se presentes, os carentes ficam locupletados, os fracos fortalecidos e até, aliás, difícil de dizer, os mortos revivem na medida em que se fazem presentes na lembrança e nas saudades dos amigos. (CÍCERO, 2006, p. 39).

Talvez, pelo fortalecimento da amizade, na dessimetria dos poderes peculiares ao funcionamento da instituição psiquiátrica, Mara ainda passe grande parte do tempo de sua vida no hospital, trabalhando como office girl da Direção de Ensino, na condição de paciente do ambulatório onde é atendida semanalmente.

Inspirado pela obra de Proust, Botton (1999) escreve sobre o sofrimento de Proust ao ter mudanças em sua vida. O autor traz uma lista das aflições físicas de Proust, salientando que o escritor sentia-se aflito ao deixar sua casa:

Sensível a qualquer quebra de rotina ou hábito, Proust sofre com saudade da casa e teme que qualquer viagem possa matá-lo. Ele conta que, nos primeiros dias em um novo lugar, se sente triste como os animais quando a noite cai (não fica claro que animais ele tem em mente). (BOTTON, 1999, p. 60).

Podemos pensar que o hospital psiquiátrico não é uma casa, mas por muito tempo Mara, assim como tantos outros, morou ali, submetida às rotinas e aos hábitos, a semelhanças do que nos fala Botton (1999), num disciplinamento do corpo na instituição. Deixar os “braços” desse aparato, no qual se fez amigos e alianças com funcionários para garantir sua sobrevivência”, necessita um novo arranjo. A possibilidade de relações que constituam os usuários como sujeitos como no caso de Mara que, mesmo morando sozinha, pode contar com a presença de

amigos ou mesmo deslocar-se para um bate-papo ou um churrasquinho no final de semana.

Conheci Mara na unidade de moradia do hospital psiquiátrico na qual ela vivia e eu atuei como psicóloga em sua “moradia”. Naquela época, eu a recebia em minha sala, semanalmente. Dentre as quarenta e cinco pessoas que moravam naquele lugar, ela era uma das mais inconformadas com sua vida ali, manifestando, quase sempre, o desejo de ir embora, viver a sua vida. Nossos encontros eram em sua maioria versados em conversas sobre a sua angústia e o sonho de sair do hospício.

Estou trazendo essas lembranças para demarcar que, mesmo sendo uma das primeiras pessoas a sair da instituição, em função de sua luta cotidiana para sair dali, Mara sentiu que os “braços” do hospital foram arrancados dela. Os braços que disciplinam, que contêm, parecem ser braços que também “acolhem”, ao pensarmos nas relações de solidariedade que se constrói no entorno destas práticas.

Outro aspecto a ser demarcado no “desenho desse mapa” refere-se à chegada dos moradores no Residencial, na nova casa. Nesse percurso, conheci Licinha. Hoje adulta, conta que, aos quatro anos, foi institucionalizada na creche que recebia crianças em um hospital psiquiátrico da região sudeste do Brasil. Ela foi morar no hospital em função da morte da sua mãe e das dificuldades da família de assumirem os cuidados com ela. Para Licinha, essa passagem para a casa teve um sentido diferente. Ao ouvi-la, poderíamos supor que ela estaria falando de sua internação no hospital quando tinha quatro anos, porém ela estava falando de sua saída da instituição para ir morar no Residencial:

Eu não queria vir não, mas me tiraram do meu serviço, pra me por aqui dentro. Eles tentavam me tirar fora de mim pra ver se eu aceitava ou se eu não aceitava. Mas juntou a trinca, juntou a trinca e falou: pode levar! Pode levar! E eu não falei nada. Juntou a trinca.
--

A trinca, segundo ela, são os funcionários que a levaram para morar no Residencial. Conheci Licinha, quando acompanhava outro Residencial, local onde ela costumava vir para estender as roupas e conversar com os rapazes da casa. Naquele espaço foram constituídos, em uma casa de dois pisos, dois residenciais. No piso inferior, moravam os homens que dividiam o pátio e o pomar de frutas com as mulheres, moradoras do piso superior. No dia em que nos conhecemos, Licinha, por várias vezes, repetiu que gostaria de voltar a morar no hospital, olhando para o lugar onde morou desde os quatro anos, já que a casa na qual vive está no alto de

um morro, de onde se avista toda extensão do grande asilo da cidade. Ao retomar a sua colocação, por ocasião da nossa conversa, ela responde:

Tenho mesmo, não escondo não. Tenho mesmo, que na hora que esse povo, que vem da Mangabeira pra aqui, vem da, vem da Mangabeira pra aqui [...] Começar me encher o saco eu mandei eles à puta que pariu!

Licinha era a única moradora do grande asilo público que foi morar no Residencial junto com outras moradoras todas provenientes de uma clínica particular. Ela acabou se aproximando dos moradores do piso inferior, tendo uma relação próxima com Santiago e com um cuidador, o João, que a levou para passear de trem numa conhecida cidade turística da região.

Dessa passagem, ela faz o seguinte comentário:

Eu aproveitei a minha vida mesmo! Ajeitei minha vida mesmo! Ajeite minha vida mesmo! Eu fiquei boba. Eu quero aproveitar minha vida, enquanto eu tiver viva. Daí se eu cair em cima de uma cama pra morrer, pra ir pra o caixão, pra a sepultura, o que e que eu vou levar? O que e que eu vou levar? Nada.

Trouxe os fragmentos da vida de Licinha, no Residencial, para pontuar como ela se sentiu “levada para o Residencial”, assim como foi “levada para o hospital!” depois que sua mãe morreu. Ao ir morar com um grupo de mulheres de outro hospital, que, provavelmente, não conhecia, pelos anos de exclusão no grande asilo, ela demonstra que na casa onde mora, as escolhas afetivas não compõem o que avô Mariano diria à morada que há em nós. Nesse convívio configurado pelos gestores do projeto, ela passa parte de seu tempo, depois de arrumar a casa, no piso inferior onde estão algumas pessoas com quem têm uma relação de amizade.

Diante da condição, de que foi “deixada” no Residencial na companhia de desconhecidos, aponto a minha percepção da necessidade de que os usuários ingressem nas casas antes de sua chegada, ou seja, que eles possam se apropriar dos espaços, das pessoas com quem irão, conviver da vida na cidade possibilitando, dessa forma, que eles habitem essa paisagem, antes mesmo de habitar a casa, pensando no sentido utilizado por Saraceno, nesse habitar.

No decorrer da sua entrevista, Licinha fala das outras relações que construiu fora da casa, em especial no dia em que foi de trem para uma conhecida cidade histórica da região. Desse passeio, lembra com alegria das fotos que tirou com os

repórteres, que entendi a acompanharam na viagem. Após contar sobre essa passagem e mostrar as fotos, comenta:

Eu aproveitei a minha vida mesmo!

A vida sofrida passa a ser marcada por outras experiências a partir de sua entrada no Residencial, mas, na conversa, lembrou a situação em que ela se sentiu “largada” de forma similar à experiência vivida quando seu pai a deixou na creche do hospital.

Nesse “ponto do mapa”, demarco outras “chegadas na casa”, de duas moradoras da região do nordeste. Trago a cena abordada pelo psiquiatra que realizou a intervenção em um hospital da região do nordeste e descreveu esse processo, em sua dissertação de mestrado cujo tema foi o processo de desinstitucionalização ocorrido nesta cidade por ocasião do fechamento do hospital pelo Ministério Público. A cena a que me refiro encontra-se na subseção que trata do “último dia” do hospital, quando segundo Kinker (2007, p. 75):

A maioria dos pacientes entrou alegremente no ônibus, sem saber ao certo o destino, mas felizes por deixarem a masmorra. Outros foram absolutamente tomados pela dúvida e, perplexos, obedeceram à ordem de retirada, como mais uma das tantas ordens a que outrora haviam sido obrigados a obedecer.

Trouxe este fragmento, com o intuito de pensarmos sobre mais um processo de desapropriação vivido por essas pessoas, seja por desconhecerem o que lhes aconteceria, “embora felizes” por sair dali, seja por simplesmente, encontrarem-se subjugadas ao poder institucional, mesmo quando as portas pareciam se abrir para sua saída, em direção “a volta para casa” .As pessoas chegam a esta casa na mesma condição de obediência, agora, a retirada, como mais uma dentre as tantas ordens que outrora obedeceram (KINKER, 2007). Minha intenção ao mostrar esse fragmento não é julgar a forma como se deu essa travessia para o Residencial, mas chamar a atenção para as ações que demarcam a saída e a chegada ao Residencial, mais uma vez os usuários, recebem uma ordem, mesmo que essa ordem esteja em sintonia com a expectativa de irem para um lugar com melhores condições de vida.

Kinker (2007), ao narrar o “ultimo dia” no hospital, relata a situação vivenciada por duas mulheres que se recusam a partir do hospital psiquiátrico, não pegar o trem como no conto de Guimarães Rosa, mas agora o ônibus que as levaria para um lugar sem saber certo o destino:

Por fim, duas mulheres negaram-se a sair. De nada adiantaram os diálogos e as negociações para tentar convencê-las da necessidade de mudar. Diante da negação reticente, elas tiveram de sair carregadas. Tivemos que recorrer à força física, que a psiquiatria tem legitimado para usar e o faz com frequência quando é preciso internar alguém. (KINKER (2007, p. 76)

O interventor analisa esta situação comparando-a com a de um parto com fórceps realizado para garantir a vida, para libertar “[...] as pessoas da anulação, para instaurar um novo processo.” (KINKER, 2007, p. 76). O parto com fórceps é utilizado na medicina em condições de emergência, ou em situações em que o feto está em sofrimento, na iminência do risco de morte. Da mesma forma, a princípio, a força na Psiquiatria é para ser utilizada somente em situações de sofrimento psíquico, que possam por em risco a vida do paciente ou das pessoas que o cercam. Em ambas as situações citadas, o uso da força está associado a um recurso para “garantir a vida”, já que com esta promessa, possivelmente, as duas mulheres ingressaram na instituição e saíram dessa “a fórceps”, o que o interventor analisa como um recurso para, além de garantir a vida, libertar as pessoas da anulação

A descrição do interventor, o momento em que as usuárias foram carregadas através da força física, lembrou-me a cena do rei Jorge III, quando o “[...] pajem agarra pela cintura o rei, que, por conseguinte, é reduzido a impotência.” (FOUCAULT, 2006, p. 26).

Ao seguir a análise da situação vivida pelas usuárias, que são levadas para fora do hospital, ao mesmo tempo em que justifica a atitude como forma de “[...] livrá-las do mal [...]” e como “[...] garantia de vida [...]”, faz alusão às práticas vigentes do pensamento psiquiátrico, ao dizer Kinker (2006, p. 76):

Em outras palavras, a contradição da psiquiatria, que recebeu a delegação social de garantir o tratamento e ajudar a manter a ordem, também dizia a nós, também estava presente em nossa prática, mesmo que questionássemos a forma como o manicômio operava.

O interventor aponta as práticas que operavam nesta transição para o Residencial, relacionando-as às formas como elas se dão no manicômio. A colocação lembrou-me a maneira como Licinha, da região sudeste, percebeu a sua saída do hospital, levando-me a pensar que nessa chegada ao Residencial nas situações descritas, os usuários estão submetidos agora às práticas da Psiquiatria reformada.

Ao contrário de Licinha, que, eventualmente foi visitar o hospital, quando algum dos cuidadores se dispunha a acompanhá-la, Sandro, morador de outro Residencial na mesma cidade, pode visitar “as coisas que deixou”, ir e vir sem a interdição dos cuidadores e gestores. Inicialmente, ele esperava o dia chegar para voltar à antiga casa, até que ele construísse outros vínculos na cidade. Agora, deveria ser “difícil administrar” a vida na cidade, com duas namoradas, o jardim da casa para cuidar, o trabalho com o padre, os bailes na cidade, viagens para a capital, a economia de dinheiro para a compra do computador e, ainda, as idas ao hospital psiquiátrico e o investimento na sua “antiga vida”.

Ao efeito habilitador de uma rede de relações, Saraceno conceitua a reabilitação psicossocial de uma outra forma, para ele:

A reabilitação não é a substituição da desabilitação pela habilitação, mas um conjunto de estratégias orientadas a aumentar as oportunidades de troca de recursos e de afetos: é somente no interior de tal dinâmica que se cria um efeito ‘habilitador’. (SARACENO, 1999, p. 112).

Saliento que Licinha e Sandro são moradores da região sudeste, estando sob olhar da “mesma gestão”, viveram duas formas diferenciadas de lidar com a chegada no Residencial, apontando-nos diferentes caminhos e possibilidades de morar/habitar mesmo fazendo parte de uma política municipal de Saúde Mental.

Para pensarmos, ainda sobre a chegada e o estar/habitar no início da implantação das Residências, trago as narrativas de uma cuidadora da região nordeste. Ao conversarmos sobre o início e o viver hoje, no Residencial, Mônica nos conta de corpos de pessoas, com diferentes tempos e aprendizagens na vida institucionalizada no hospital, corpos que chegam e habitam os Residenciais com traços ainda daquele viver, “voltando à história deles”, como ela nos coloca:

Quando a gente chegou que foi inaugurado as residências, colocaram em cada casa os usuários. Aí quando a gente chegou eles eram muito agressivos, eles não tinham modo, de

dizer assim. de ir pra uma cama, tomar banho e comer. A gente chegava para o plantão tentava organizar eles para ir para uma mesa fazer as refeições, eles não queriam comer jogavam fora, jogavam muitas vezes na cara do cuidador a comida, viravam a mesa, outros queriam ficar comendo no chão, que é voltando a história deles. Aí assim, pra gente foi muito difícil, quando era hora da dormida, a gente colocava tudo na caminha deles, olha isso aqui é sua cama, quando a gente menos esperava e olhava eles já estavam com os colchões no chão, outros forravam com pano o chão e ficavam no chão, não queriam se adaptar, dormir no colchão na cama e aí assim, foi essas as dificuldades que a gente passou e a agressividade.

Contudo neste “novo” habitar, que se abre para eles, parece não haver um olhar e um tempo necessários a (des) construção de aprendizagens no convívio nesse outro modo de habitar para os moradores. Nessa luta por dar outra forma ao corpo dos usuários, a cuidadora parece trazer um olhar homogeneizador em relação a eles e dos modos em que devam se comportar em uma casa, associados ainda, à condição da loucura com periculosidade.

Essa busca por “bons hábitos de se portar” sinaliza a forma de cuidado no Residencial; cada “conquista” do cuidador motiva uma prática de reabilitação, na qual o sujeito que se torna hábil, ou seja, ingressa nas normas de “civildade” e do “bom” relacionamento social, acaba por se constituir num grupo familiar. De forma contrária ao modelo proposto por Saraceno (1999), a reabilitação é a substituição da desabilitação; pela habilitação, nessa cena, alguém sinaliza estar ingressando nas normas de civilidade.

Para pensarmos sobre esta proposta habilitadora, trago as narrativas da cuidadora em relação às mudanças dos usuários nesse processo:

Aí hoje eles mudaram muito, quando tomam banho eles pedem cadê o perfume? Pedem desodorante, a gente já está assim tudo organizado na hora do banho pra eles irem pegando e colocando, de como eles eram, Meu deus como esse povo mudaram, mas foi tudo um trabalho encima pra eles voltarem, ajuda da coordenação com a ajuda e dos cuidadores. Os cuidadores batalharam mesmo pra eles chegarem a onde estão, por que se não fosse, se fosse pra viver o estilo do hospital eles continuavam no estilo do hospital. Mas hoje eles pedem pra ajudar, eles pegam uma vassoura, lavam banheiro, já na feminina dois enxugam banheiro, lavam a casa. Quando elas vêm me pedir: ah... Mãe, eu quero ajudar me dá uma vassoura. Eles mudaram muito em termos de agressividade, eles agrediam a gente só no olhar, só no olhar eles já estavam agredindo a gente, eles mudaram muito, muito mesmo. Hoje eles têm a gente como família deles, é a mãe, eles chamam a gente de mãe, conhecem todos os cuidadores sabe quem é o cuidador de plantão do dia anterior pro dia de hoje, totalmente diferente da realidade anterior que era antes

Na busca pelo cotidiano de uma vida com “hábitos normais”, Júlia, cuidadora de um SRT, ao falar sobre uma experiência marcante em sua trajetória profissional

nas moradias, lembra da situação vivenciada com um morador que se recusava a dormir na cama, preferindo colocar um colchão no canto do quarto:

Tem várias coisas que me marcou, mas o que me marcou muito foi um usuário. Essa usuária que eu disse que não conseguia dormir na cama, e aí quando foi uma vez ela chorou pra não dormir na cama. Eu disse: Olhe fulana, aqui é sua caminha, aqui é melhor pra você dormir o chão é frio, tem bicho. Aí ela disse que não queria dormir de jeito nenhum, aí sentei vamos conversar, sentei com ela na cama. Olha essa cama que tem aqui é sua. Ninguém vai dormir, só quem vai dormir é você, ninguém vai tomar seu colchão, por que eles tem aquela mania de colocar sandálias debaixo da cama, a mesma mania do hospital.

Essa passagem me fez pensar sobre esta imposição, regada pelas melhores intenções dos cuidadores de que o morador ingresse no padrão esperado, no cotidiano de uma casa. Na situação retratada, a moradora chora para não dormir na cama e a partir de sua recusa, podemos explicar que os hábitos adquiridos no hospital a “impedem” de dormir na cama. Seria esse o motivo de seu choro, o de não estar acostumada a dormir em camas? Todavia lembremos o relato de Anita (antiga cozinheira do hospital) e de Paulo (o vigilante da instituição que foi fechada), que contam que os moradores, onde ela vivia, eram amarrados em camas sem colchões! Isto me faz pensar que para a moradora dormir em cama pode não ser tão confortável, como a maioria de nós supõe!

Contudo, essas suposições são apenas inferências de minha parte, pois não está em questão para a cuidadora os motivos trazidos pela moradora, e sim, submetê-la a sua vontade. E, se ela resistisse a este delicado pedido? Qual seria o limiar possível para o estranhamento de suas atitudes?

Retomando o avô Mariano, personagem de Couto (2003, p. 53), que diz: “O importante não é a casa onde moramos.” Mas “[...] onde, em nós, a casa mora.” (COUTO, 2003, p. 53). Avô Mariano com sua colocação parece “*desprezar*” a casa onde moramos, destacando-a como uma “*espécie de morada*” que habita em nós, a nossa morada interna. Neste espaço, na casa onde mora, avô Mariano cultivava hábitos “*estranhos*”. Dentre eles, estava o costume de dormir no chão, pois preferia a terra toda por cama, fazendo em suas explicações alusão ao fato dele jamais ter tomado banho de banheira. Ele explica que: “É como banheira, ninguém me viu entrar numa, pois para ele, a banheira seria como uma cama, e se precisasse se lavar, ele queria água bem viva, a correnteza do rio, o despenho da chuva.” (COUTO, 2003, p. 43).

Para avô Mariano, “[...] a cama é para namorar, [pois] dormir com alguém era a intimidade maior. Não é fazer amor.” (COUTO, 2003, p. 46). Assim, depois de fazer amor com avó Dulcineusa, deixava os braços de sua amada, “[...] estendendo uma esteira na sala ao lado de seu quarto, possivelmente, temendo a perda de suas identidades [...]”, pois para ele neste “abraço”, a alma se transfere de vez. (COUTO, 2003, p. 46). Seus “hábitos estranhos” estariam enlaçados em sua “morada interna”, configurados no cotidiano de sua vida na casa. A estranheza em relação ao lugar de dormir, fez-me pensar em como seria se Vovô Mariano optasse por estender uma esteira pra dormir, na sala de um Serviço Residencial Terapêutico, caso ele fosse um ex-interno de um hospital psiquiátrico? Qual seria o limiar permitido para explicações como as de avô Mariano, sobre o porquê de dormir no chão da sala?

Podemos pensar que a casa que “mora em nós”, em geral, não traz o cotidiano das revistas de decoração para o lar, com móveis combinados com os “figurantes” dispostos nos diversos aposentos. Talvez a busca pela simetria e organização dos espaços, como sinônimos de reabilitação psicossocial, possam não refletir a simetria “da casa que mora em nós”, com a “das casas que moram nos usuários dos Residenciais”.

Para pensarmos sobre as outras formas de habitar, para além da busca da simetria dos espaços, farei um breve percurso por um Residencial na região centro-oeste do país na subseção a seguir:

## 7.1 “ERA UMA CASA, MUITO ENGRAÇADA”!



Figura 5 – Foto Tirada em um Residencial na Região Centro-Oeste do País

Bem-vindo! O tapetinho na entrada do Residencial, além de dar as boas vindas para os que na casa chegam, “abre o caminho” para, após a limpeza dos pés, já na entrada da sala, se possa perceber a presença de outra forma de habitar. As cores das paredes são de tons diferentes em cada um de seus cômodos. Contam os cuidadores que quando os pintores estavam na casa, prestes a colocar a cor do “uniforme” dos Residenciais daquele município, os moradores pediram aos pintores para que descartassem o branco “hospitalar” e utilizassem outras cores.

Diante da impossibilidade de dispor de tintas coloridas devido à padronização proposta pelos gestores, cada gota pingada dos corantes comprados pelos usuários e gestores misturou-se ao branco proposto pelos profissionais de Saúde dando, assim, outra roupa àquela casa. Assim o “uniforme” dos Residenciais foi trocado por cores vivas, cores que dentre elas, algumas, na minha percepção, não se combinavam, mas na sua composição tornavam aquele ambiente um espaço feliz, lembrando o que nos comunicou o médico-arquiteto.

O “*estranhamento*” se acentuou quando percebi que os quadros estavam pendurados de forma torta nas paredes sendo que, parte deles, colocados no limite entre o teto e a parede.

Loiva, uma mulher negra vinda do norte, mostrou-me os detalhes daquela casa que, para mim, parecia cada vez mais “estranha” que engraçada. Ela tinha dificuldade motora em um dos braços e, talvez por esse motivo, na foto abaixo com a mão a direita, ela apontou que a cuidadora sobe em cima do sofá da sala, colocando os quadros, “bem aonde a gente quer”. A imagem abaixo, traz um pouco dessa disposição proposta por ela(es):



Figura 6 – Foto Tirada em um Residencial na Região Centro-Oeste do País

Na parede da entrada, Cristo estava acima de todos, quase “lá no céu” da casa, ao lado de um quadro de um santo; abaixo deles, os quadros de flores, todos desalinhados, comendo a cena junto com outro quadro de uma menina com uma bola no pé. Conforme Botton, (2006, p. 121), “[...] assim como um quarto inteiro, um único quadro pode nos ajudar a recuperar as partes perdidas e importantes de nós mesmos.”

À direita, a estante era enfeitada por ursos envoltos em plástico, flores, guardanapos, um cachorro de pelúcia e um aparelho de som no centro do móvel. O modo de Loiva escolher e dispor os objetos de sua casa falava dela(es), ali naquele Residencial.

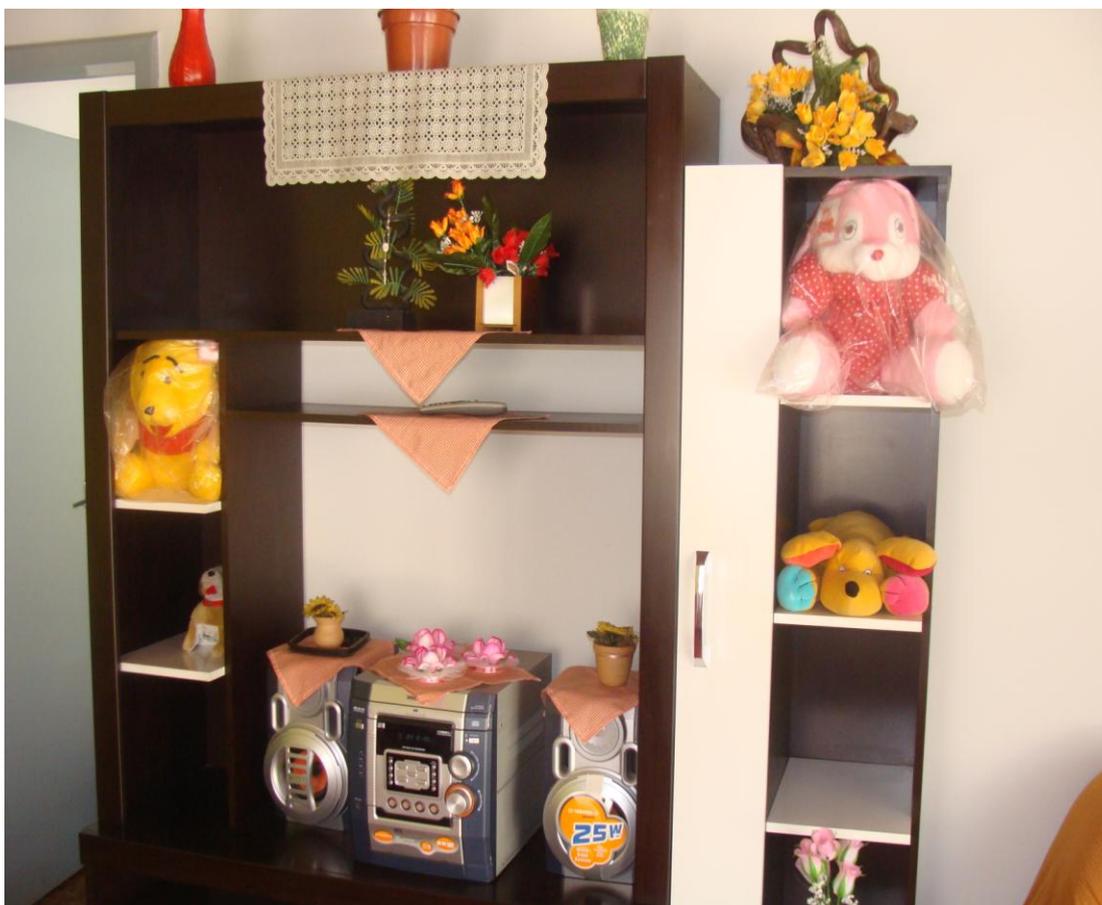


Figura 7 – Foto Tirada em um Residencial na Região Centro-Oeste do País

Certeau nos diz que o território é “[...] onde se desdobram e se repetem dia a dia os gestos elementares da “arte de fazer”, é antes de tudo o espaço doméstico, a casa da gente.” (CERTEAU, 2000, p. 203). Esse “[...] território privado [...]”, um apartamento ou uma moradia, “[...] revela a personalidade de seu ocupante.” (CERTEAU, 2000, p. 204).

Segundo CERTEAU (2000, p. 204):

O jogo das exclusões e das preferências, a disposição do mobiliário, a escolha dos materiais, a gama de formas e cores, as fontes de luz, o reflexo de um espelho, um livro aberto, um jornal pelo chão, uma raquete, cinzeiros, a ordem, a desordem, o visível e o invisível, a harmonia e as discordâncias, a austeridade, ou a elegância [...], tudo já compõe um ‘relato de vida’

mesmo antes que o dono da casa pronuncie a primeira palavra. (CERTEAU, 2000, p. 204).

Tirei várias fotos dos quadros tortos na parede, do crucifixo “mais perto do céu”, acima do quadro com flores, até perceber que o número de imagens das “estranhezas” da casa de “quadros no teto” representava o que a “fuga da reta”; a desordem me provocava! Provavelmente, eu não me disporia a subir no sofá e colocar um crucifixo com o filho de Deus na divisa entre a parede e o forro da casa! Talvez a “minha vontade” se sobrepuhasse à dificuldade motora de Loiva, porque, afinal, existia uma norma que dizia que “os quadros devem estar dispostos de forma reta” e, de preferência, “no meio da parede”. Somando à disposição dos objetos, a estante de ursos, as flores, o cachorro de pelúcia, podemos acrescentar que, na visão de Certeau, essas escolhas possivelmente “[...] revela(m) a personalidade.” (CERTEAU, 2004, p. 204) dos ocupantes mas, mais que isso, a disposição nos aponta uma outra forma de cuidado naquele Residencial. Um cuidado que acena para a vontade dos que moram ali.

Ao ver a casa, lembrei de Avô Mariano, na passagem em que ele fala: Não importa a casa onde a gente mora! Mas a casa que mora em nós. Pois, a casa em que Loiva mora me pareceu ser uma casa habitada pelas casas que moram nos que ali vivem.

Certeau (2004) acrescentaria à fala de Mariano: o importante não é a casa que moramos! Mas as casas que moram em nós! Quando, ao referir-se aos espaços privados, insere a noção da presença de “habitats sucessivos” que nos acompanham, “viajam conosco”:

Nossos habitats sucessivos jamais desaparecem totalmente, nós os deixamos, sem deixá-los, pois eles habitam, por sua vez, invisíveis e presentes, nas nossas memórias e nos nossos sonhos. Eles viajam conosco. (CERTEAU, 2004, p. 207).

Ao pensarmos nas histórias das pessoas “[...] capturadas [...]” de suas casas para viajarem com seus sucessivos habitats para a Casa dos Loucos, nos chama a atenção, suas memórias, histórias contadas, fatos que passam a fazer parte dos seus “universos”. (CERTEAU, 2004, p. 207). Constatamos que a observação da simetria dos espaços, do cotidiano esperado de uma casa e dos cuidados pessoais de seus moradores, é uma das práticas que vem sendo utilizadas como sinônimos de reabilitação “psicossocial”, aparecendo nas histórias contadas pelas pessoas que

chegaram aos Residenciais e de seus respectivos cuidadores/gestores. Isto nos coloca diante da importância de “dar margem” a um universo de experiências e relações que acessam de alguma forma “as moradas que há em nós, os sucessivos habitats, demarcadores de outras formas de morar/ habitar os residenciais, pautados na vontade do morador. E, assim Luís (o morador do nordeste que diz preferir morar no hospital) poderá dizer: “o importante não é o hospício que mora em nós”, mas a casa em que moramos.

Seria essa uma opção possível de um modelo de reabilitação psicossocial: uma casa que contemple os sucessivos habitats dos que nela moram geradoras de outros habitats e formas de habitar, com “[...] estratégias orientadas a aumentar as oportunidades de troca de recursos e de afetos, onde somente no interior de tal dinâmica que se cria um efeito ‘habilitador?’” (SARACENO, 1999, p.112).

Ao retornar ao desenho do “mapa da Reforma”, deixarei um ponto de interrogação em relação a este possível “modelo” de reabilitação, deslocando-me para uma outra cidade do interior, localizada na região sudeste do Brasil, que fala dos encontros da loucura para além dos Residenciais - um encontro que atravessa “as paredes da casa” para caminhos nunca antes percorridos pelo investigador/ viajante deste estudo.

## 8 “EU VIM PARA CASA E O HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FICOU LÁ”: a Casa das Xícaras de Porcelana



Figura 8 – Foto Tirada em um Residencial na Região Sudeste do País

“As águas de março” banhavam as extensas margens dos rios, em minha passagem, por uma cidade do interior no sudeste do país, no final do verão. O inverno dava seus primeiros sinais de futura chegada e as vestimentas trazidas de minha viagem pelo norte do país não davam conta do vento frio que batia nos meus pés. Comprar sapatos para “portador” de pés grandes, nessa cidade, era inviável, pois as pessoas na média tinham estatura mais baixa ou pés menores. Eu “fugia” da norma, naquele lugar “de sapatos e pés pequenos”. O jeito era caminhar mais rápido para atenuar o frio, dar uma parada para tomar um café quente ou pegar um táxi, tentando burlar o vento frio que chegava de mansinho.

Numa dessas tentativas de fugir do desconforto, aceno para um taxista dessa “estranha” cidade sem semáforos nas ruas. Um senhor moreno de estatura baixa abre a porta de seu carro, me recebendo de forma amistosa. Peço que me leve para a Rua da Cartomante. Nilo, o taxista, roda pela cidade, em busca dessa estranha rua que eu, a investigadora/ viajante, apresentava para ele.

Num certo momento, virando à direita, encontramos a tal “Rua da Cartomante”. Ao confrontar o número do Residencial com a localização que eu recebera, aviso ao taxista que estávamos em frente à casa que buscava. Nilo, então, com certa incomodação me pergunta:

Por que a senhora não me disse que iria num SRT? Se a senhora pedisse pelo SRT, eu lhe traria direto.
---

A pergunta de Nilo era inesperada naquele “ponto” do mapa. O lugar do Residencial na cidade, para “além dos muros do manicômio” alinhavava os borrões do “mapa da Reforma” de outra forma.

Marilda e Kátia eram clientes de Nilo; sem perceber, eu já havia entrado em “seu Residencial” antes mesmo de encontrá-las. Nilo já as apresentava como “boas negociantes”, contando-me que existia uma combinação entre eles: elas pagariam só a ida, se a volta para casa se desse em um pequeno espaço de tempo.

Ao descer do táxi, gritos vindos da casa interromperam meu impulso de chegar até o portão. Eles contrastavam com os “gritos dos loucos”, moradores das instituições psiquiátricas. Eram “gritos de caturritas”, que, além de sinalizarem a minha aproximação daquela morada, anunciavam a presença de vida naquela casa. Ao entrar, depois de receber as boas-vindas de Kátia e Marilda, uma imagem me causou impacto: as paredes rosa claro da sala estavam cobertas, até o teto, por xícaras e pratos de porcelana, que, também, cobriam o *rack* do aparelho de som, a mesa de aproximação e o balcão da sala. As louças de porcelana se destacavam no meio de duas exuberantes samambaias da Amazônia e outras lindas plantas.

O encantamento pelos ornamentos de vidro e pela composição, que formavam com as plantas, acalentou, naquele momento, meu desconforto frente à presença das canecas de plásticos que reconheci em outros residenciais, em diferentes pontos do país. A fragilidade desses utensílios me mostrava um cenário diferente da Reforma, no sentido de que, com um simples toque tais objetos

poderiam se desintegrar, machucar o seu portador ou outra pessoa. Numa perspectiva de exclusão, representariam um risco num local para “atendimento”, mas, neste Residencial, estavam colocados como ornamentos e objetos colecionados por Marilda. À semelhança de Fabiana (cuidadora e amiga com quem conversara sobre as canecas azuis), possivelmente Marilda, afinada com aqueles gestores do Projeto, não “admitia” canecas de plástico como anúncio da “periculosidade dos loucos”, e em seu lugar, xícaras de porcelana “revestiam” os móveis e as paredes da casa, impedindo brotar, ali, aquelas “ervas daninhas”.

Essa cena me traz à lembrança a conversa que tive com a gerente administrativa de uma das “casas com canecas de plástico”. Ao perguntar-lhe por que não constavam, em suas listas de compras, copos de vidro e facas, fui surpreendida com outra pergunta:

Como vou dar facas e copos para quem viveu em hospitais psiquiátricos?

Marilda, colecionadora das xícaras de porcelana, ao receber meus elogios sobre a beleza de seus objetos, de sua composição com as samambaias exuberantes, respondeu-me orgulhosa:

Eu vim para casa e o hospital psiquiátrico ficou lá!

Ao passar pela sala de estar, fui encaminhada à sala de jantar. Nela, as moradoras mostraram-me seus objetos e móveis, que foram substituindo aqueles adquiridos pela Secretaria de Saúde e pela ONG, parceira na administração do Projeto daquela cidade.

No percurso de minha visita pela casa de Kátia e Marilda, vou sendo encaminhada à área de serviço. Acima de uma das portas, encontro as anunciantes da minha chegada, as “caturritas”: Esperança e Estrela. Ao direcionar a máquina fotográfica para elas, Esperança põe-se a frente da gaiola e arrepia suas penas, exibindo-se com sua plumagem. Estrela, aparentando sua timidez, mantém-se reservada, na mesma posição em que se encontrava, mas ela do seu jeitinho, exhibia o seu brilho.



Figura 9 – Foto Tirada em um Residencial na Sudeste do País



Figura 10 – Foto Tirada em um Residencial na Sudeste do País

De volta aos aposentos da casa, Marilda abre a porta de um dos quartos. Ao abrir, me dá a triste notícia que Sueli, a dona daquele quarto e sua amiga, falecera. Conta-me, então, que após sua morte, elas transformaram o quarto em uma sala de televisão, colocando um sofá vermelho com almofadas onde Nina, a gata da casa, passou a dormir. As amigas falam da falta de Sueli, da torta que compraram para ela

um dia antes dela falecer, porque Sueli “adorava doces.” Contam-me, também, que um dos pedidos que ela fez antes de morrer foi o de que Marilda não brigasse mais com Kátia.

Em função da morte da amiga, os gestores apontaram a possibilidade de outra pessoa vir a morar com elas, mas ambas pediram para continuarem “sozinhas” naquela casa. A esse pedido, receberam a contraproposta de passarem a pagar suas despesas de alimentação, até então pagas pela prefeitura e pela ONG, sendo chamadas para discutir a situação apresentada com ambos os gestores. A condição proposta provocou certa revolta em Kátia e Marilda, por acharem que deveriam continuar “recebendo tudo”, utilizando seus benefícios apenas para a compra de roupas e o lazer. Enquanto Marilda, mesmo inconformada com as novas exigências, expressa com palavras a importância deste momento em que passam a financiar a sua alimentação, Kátia demonstrou inconformidade total com a proposta. Essa casa, com seus objetos, móveis, contas para pagar, bichos de estimação, amigos na cidade, parece criar condições para o “habitar” de suas moradoras.

Esses encontros naquela cidade, com o taxista, a vizinhança da Rua da Cartomante, lugar ocupado por Marilda, ao “colocar as cartas” para suas amigas do bairro, apontam possibilidades de dar existência para outros olhares e lugares no “entorno” e no espaço do Residencial.

Num outro momento, em uma entrevista com Fani, uma das gestoras já citadas que acompanhou o Projeto desde o início de sua implantação na cidade, ao falar sobre a casa de Marilda e Kátia, ela me conta que esse habitar foi-se configurando num processo de “diluição” da experiência inicial de criação do primeiro Residencial. Segundo Fani, no início, a implantação do Residencial ocorria dentro de uma lógica hospitalar, com a presença de um médico e uma psicóloga dentro da casa. Ela conta:

[...] foi muito trabalhosa esta primeira casa, as pessoas não sabiam como fazer

Ao falar sobre essa primeira experiência, que “resultou” na constituição da casa onde vivem, hoje, Marilda e Kátia, Fani relata:

A casa hoje tá completamente diluída nas outras, até mesmo porque isso tinha relação de

poder, que de modo é complicado [...], entendeu? Ela (referindo-se a Marilda) exercia um poder de dona da casa, [...] e que tem que tá atento a isso, [...] Ninguém agüentaria ficar o resto da vida com ela, porque ela não é fácil né? Agora ela deu uma acalmada, ela chegou, acho que ela queria, a companheira que ela queria para morar é essa, o perfil é o da Kátia

Voltando à conversa com as moradoras sobre o morar no primeiro Residencial da cidade, Marilda me contou que uma dificuldade, no início, foi a presença de Ana: “que ficava jogando o remédio fora e chorando o tempo todo”. Kátia se lembrou de outra moradora, que deixava o banheiro sem condições de uso, com fezes em volta do vaso sanitário, o que tornava impossível receber visitas. Ela menciona, também, problemas gerados pelo número de pessoas morando numa mesma casa. Essas dificuldades levaram Marilda e Kátia a solicitar morarem juntas em outra casa, sem a presença de Severina, uma outra moradora do primeiro Residencial, que optou por morar sozinha, motivada dentre outras razões, pelas “confusões” vividas no Residencial.

Diante disso tudo, os gestores concordaram em alugar dois imóveis, um para as amigas e outro somente para Severina morar. Provavelmente, essa primeira experiência poderia ter movido Marilda, Kátia, Sueli e Severina a desistirem e afirmarem, assim como Samuel, “Esta casa não é a minha casa!”

Dentre as peculiaridades dessas experiências de gestão, onde vivem Samuel e Marilda, pode-se dizer que se diferenciam em termos das relações estabelecidas com os gestores dos Projetos. No primeiro caso, o do morador Samuel, os gestores construíram uma visão exitosa, não problemática; no segundo caso, os gestores observam e olham a experiência, numa perspectiva problematizadora, que tenciona as situações vividas e usa os “erros” e as dificuldades para mobilizar o pensamento na direção de novas possibilidades no enfrentamento dos conflitos. Esse modo de lidar com os acontecimentos cotidianos tornam-se visível na fala de Fani:

Então assim, tem erros, acho que tem erros, acertos e a gente vai, do modo como aparece um problema, tenta achar uma solução pra ele, tenta fazer com que isso seja novo pra todo o funcionamento, mas às vezes demora pra acontecer! Você às vezes dá conta: nós estamos errando ali, pode melhorar isso aqui, sabe?

Com essa atitude inventiva de “soluções” engendradas nos problemas cotidianos, tais gestores poderiam ser descritos por suas posturas de atenção e de escuta às demandas dos usuários, que desacomodam e colocam à prova as

“verdades” e as “certezas” adquiridas no saber especializado sobre o modo de agir num serviço, mesmo residencial, ligado ao campo da Saúde. Em lugar do saber dos especialistas, pareceu-me que, ali, vão se configurando novos saberes e ações ligadas às existências individuais e coletivas, os quais vão diluindo projetos iniciais, como a “primeira casa”, e abrindo possibilidades para moradias que “colocam em suspenso” o antigo conceito de morar, num Serviço de Saúde.

Assim, esses traços do mapa da Reforma em diferentes pontos do país apontam-nos para a necessidade de revisão da Portaria Ministerial que delibera sobre os Residenciais Terapêuticos. Como possibilidade de atenuar intervenções fundadas em um possível “imperialismo sanitário, saliento a importância da inclusão de outros Ministérios no processo de transformação, como por exemplo, o da Habitação, que poderá fazer parte através de uma Portaria Interministerial; que contemple a alteração do disposto no Art: 1º que cria os Serviços Residenciais Terapêuticos, “[...] para atendimento dos transtornos mentais [...]”, bem como a necessidade de discussão em relação ao “[...] número de no máximo 8(oito) usuários [...]” visto pelos moradores dos Residenciais, como uma das dificuldades enfrentadas no convívio em função da adesão dos gestores ao limite máximo de pessoas dispostos em seu conteúdo. (BRASIL, 2004, p. 100).

Para além de um dispositivo legal, a existência nos Residenciais aponta para uma atitude atenta ao olhar de frente ao que é atribuído como loucura. Esses espaços deviam/devem ser espaços criados não apenas para “substituir” o manicômio, mas sim para desenvolver outra forma de nos relacionarmos com esses outros seres diferentes, que chamamos de loucos, ou portadores de transtornos mentais, ou usuários, lugares onde se poderia dar passagem a outros modos de viver, diferindo, por exemplo, do “cultivo (in)discriminado” das canecas de plástico, como forma de “proteção” de seus habitantes e “cuidadores”. Modos de viver, que não esboçassem, nas “entrelinhas”, a periculosidade e a incapacidade dessas pessoas gerirem suas vidas.

Ao pensar neste Residencial e seus (des)encontros da loucura com a cidade, trago a passagem com Marilda durante uma tarde, às vésperas de retornar a minha cidade. Nosso encontro se deu no centro da cidade, onde ela me aguardava dentro de um táxi em uma esquina próxima à praça central. Tínhamos combinado visitar o relicário, onde comprou os objetos que decoram a sua casa, localizado do outro lado da cidade. Lá, ela demonstrou “ao vivo” a sua capacidade de boa negociante com o

dono da loja, tentando ao identificar as peças de que gostei, conseguir um preço especial para “um pacote” de objetos que “fez de conta” eram de seu interesse. O dono, então, fez “um precinho bom para ela levar”. Ao sairmos da loja, pensava que já era hora de ir para casa, pois durante essa última semana nessa cidade caminhei muito, praticamente passava os dias nas ruas, nos mais diferentes lugares, sendo levada pelos ventos vindos dos Residenciais.

Estávamos já no ônibus, quando lhe perguntei se “andava colocando as cartas” para as vizinhas? Ela me conta que não, mas que tinha hora marcada justamente naquela tarde, para outra pessoa “tirar as cartas”. Vacilei em aceitar o convite, mas com sua insistência em acompanhá-la, acabo cedendo. Ao descermos do ônibus, enquanto caminhávamos, comento que “precisava ir ao banheiro”. Ela, em uma atitude solidária, apressa o passo, e no seu apressar, inesperadamente, entra em um açougue, brinca com o caixa, com os dois açougueiros que estão por detrás dos balcões e nesse bate-papo repleto de brincadeiras, diz aos funcionários que eu precisava de um banheiro, Não acreditei que Marilda tinha me colocado ali e que ela fosse pedir logo para eles o banheiro que eu precisava. Tentei disfarçar a timidez diante do olhar dos quatro para mim, enquanto prontamente um dos açougueiros abriu a meia-porta do balcão que nos separava, indicando-me a porta aos fundos do local, onde eu encontraria o toalete. Foi nessa ida na direção que me foi apontada, que me deparei com a cena de várias peças de “metades de bois” presas a uma espécie de um grande anzol de aço disposto em uma haste. Nunca imaginei que os bois ficassem assim, divididos em metades, pendurados. Diante disso me ocorreu: “Olha aonde eu vim me meter!” Ao sair da toalete, deparei-me novamente com a tétrica cena daqueles bichos mortos. Ao chegar à frente do açougue, fui logo agradecendo a gentileza do empréstimo, já em tom de despedida.

Seguindo à casa da cartomante de Marilda, ela lembra que eu a havia convidado a tomarmos um café no centro para “nos despedirmos”, afinal esse era o penúltimo dia em sua cidade, e “a última parada” das cinco cidades, e eu já estava em “ritmo de despedida” voltando para o “ponto do mapa” de onde partira para a realização da coleta de dados.

Na procura de um lugar para tomar o café, Marilda entra em um desses botecos do interior, ao som de uma daquelas máquinas de engolir fichinhas, que tocam “as últimas” da música sertaneja. Pedimos então “um pretinho” para nós. O rapaz do bar deixa a minha frente, o copo de vidro com o café e a fumacinha

subindo na companhia de uma colherinha. A minha direita. compunha a cena a máquina de som “a todo volume”, os homens tomando uma cachacinha à tarde, acompanhados de um copo de vidro, pois os botecos da cidade “não permitem” o uso de canecas de plásticos para seus clientes. Era um pedacinho do Brasil, onde a vida pulsava para fora da casa de Marilda, trazendo a seguinte pergunta: Seria a cidade um pseudópode do Residencial, ou, o Residencial poderia ser um pseudópode da cidade? Nessas dúvidas e inquietações de tantos caminhos da loucura nas ruas, para além da sala do jantar, minhas pernas estavam ficando cansadas de subir e descer as lombas daquela cidade, enquanto desenhava outros traços no mapa da Reforma.

Mas ainda tínhamos que chegar à casa da cartomante. Assim, saímos logo depois de tomarmos o café. Marilda, conta-me, no percurso, que a consulta é com uma cigana, o que me levou a ficar alerta!

Nesse caminho até a casa, as crianças começavam a sair das escolas anunciando no seu alvoroço nas ruas que a noite se aproximava. Quando finalmente chegamos à casa, uma mulher nos atende, aparentando certa desconfiança, até Marilda identificar-se falando das antigas moradas da cartomante, onde ela já era cliente.

A cigana morava em um sobrado que parecia um pequeno edifício de dois andares, onde fomos conduzidos pela mulher a uma das duas portas das duas moradas. Enquanto isso um adolescente se preparava para sair, dando notícia à tia do lugar aonde iria, fazendo com que eu pensasse que ali morava uma grande família de ciganos.

Nesta tarde saí do relicário, passando para os bastidores de um açougue, o boteco com máquinas musicais até chegar à casa dos ciganos: da Casa dos loucos para a casa dos ciganos, um tumultuado de emoções se passavam, até o encontro, já ao anoitecer, com a cartomante.

A casa grande, bonita, confirmara o que ouvi desde criança, que “os ciganos têm muito dinheiro”. Meu “convívio” com eles se dava em frente a casa onde morei na minha infância, quando de tempos em tempos eles vinham em bando, montavam suas casas de lonas, vagando em seu entorno, enquanto minha mãe alertava que “eles roubam crianças” e ir à frente da casa seria um risco para mim. A chegada deles me trazia um misto de medo e fascínio. Agora estava eu dentro da “casa proibida”, sentada em um dos sofás da imensa sala, com flores de plástico na

mesa, nas estantes e nos balcões. Não sei por que não confio em quem usa “flores de plástico”, assim as flores artificiais aumentavam a minha apreensão, fazendo-me pensar, novamente: “Aonde eu vim parar”? Seria o adolescente, uma dessas crianças roubadas? Não estava nos planos “encerrar a viagem”, o trabalho de campo com os maus agouros dos ciganos ou mesmo com a possibilidade de ser “roubada” por eles.

Enquanto me ocorriam esses pensamentos, Marilda é chamada pela cigana/cartomante, descendo para um canto embaixo da escada onde encontra a mulher que punha as cartas. Depois de se apresentar, ouço Marilda combinar com a mulher que ela iria por as cartas para mim também. Veja, ela nem me perguntou se eu queria me submeter àquela consulta! Mas entre os receios sobre os ditos populares a respeito dos ciganos, vence o fascínio e eu me deixei levar, disposta a ouvir a “cigana ler o meu destino”.

Ao término da consulta de Marilda, sou chamada para a consulta e, ao sentar em frente à cigana, me deparei com uma mulher trajada a rigor, conforme imagino que seja entre seu povo, com cabelos longos; sinto um astral maravilhoso e um alívio já em suas primeiras palavras, devido a energia positiva que ela me transmitia. Isso me incitou a pedir, depois de explicar o que estava fazendo em sua cidade, que ela consultasse sobre o desfecho do meu trabalho, se eu terminaria meu doutorado e se teria êxito na minha tarefa.

A resposta me deu coragem para seguir a caminhada, e confesso que não esperava que o “contato proibido”, desde criança, com os ciganos, teria se dado de forma tão tranquilizadora no anúncio do que as cartas me traziam e na conversa que tive com aquela pessoa.

A caminhada pelos lugares transitados por Marilda ao sair do Residencial, reportaram-me à visão ampliada da casa, retratada por Botton (2006). Segundo o autor o “[...] lar pode ser uma biblioteca, um jardim ou um trailer de comida na beira da estrada.” salientando que “[...] nossos lares não precisam nos oferecer abrigo permanente ou guardar as nossas roupas para que mereçam este nome.” (BOTTON, 2006, p. 107).

Botton (2006, p. 106) aposta em uma infinidade de identidades que abrigamos, nas quais, “[...] nem todas parecem igualmente nós [...]”, tanto que “[...] em determinados estados de espírito, pode nos queixar de termos nos afastado do que julgamos ser o nosso eu verdadeiro [...]”, sendo que o acesso a aspectos

criativos, espontâneos e indefiníveis de nossas identidades que julgamos ser, é “[...] num grau modesto, determinado pelos lugares onde estamos, pela cor dos tijolos, a altura dos tetos e o traçado das ruas.”

O “passeio” com Marilda pelos lugares e ruas daquela cidade evocaram habitats de memórias de minha infância que viajavam comigo, que passaram a ter outros sentidos depois que “fui colocada” frente a frente na casa dos ciganos, um “antigo” lar, que passou a ser demarcado pelo carisma da cigana que anunciava um futuro promissor.

Marilda, provavelmente tenha encontrado outros traços demarcadores de suas identidades e de outros lares nos diferentes caminhos que percorremos juntas naquela tarde.

Ao sairmos da casa, comentamos as revelações da cigana, e Marilda, como eu, também “saiu satisfeita” com as premonições da mulher, dizendo que na consulta, recebeu uma resposta positiva sobre se iria receber de volta uma quantia de dinheiro que emprestou a alguém, cujo nome, pareceu-me preferir deixar em sigilo.

A pergunta de Marilda, feita para a cigana sobre o dinheiro emprestado, anunciava outra posição em suas relações, a de quem é provedora de recursos que a permitem emprestar uma quantia de seu orçamento, além do necessário para o pagamento das contas da casa, mostrando uma configuração oposta à estratégia do poder psiquiátrico de colocar os internos em situação de carência permanente, aspecto abordado no início desse trabalho.

No entanto, essa posição diferenciada não se constitui como uma prática extensiva à maioria das experiências que compõe esse estudo, visto que a possibilidade de acesso aos recursos do programa de *Volta para Casa* e dos que possuem o Benefício de Prestação Continuada<sup>21</sup> se dá, realmente, “em benefício do usuário”, mas de acordo com os critérios dos gestores e cuidadores e suas finanças. Na maioria dos casos, só ocorre essa verdadeira autonomia quando o usuário

---

<sup>21</sup> O BPC - Benefício de Prestação Continuada é um direito constitucionalmente assegurado e regulamentado pela Lei Orgânica de Assistência Social – LOAS, Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/servicos/fale-conosco/assistencia-social/gestor-tecnico-municipal/bpc-beneficio-de-prestacao-continuada>.

resiste a tutela dos profissionais quanto ao uso do seu benefício, ou quando são avaliados como tendo condições de administrar sua vida.

Para pensarmos sobre essa forma de lidar com os recursos e os problemas enfrentados em relação à administração do dinheiro dos moradores, Fani, coordenadora do Programa de Volta para Casa em um município da região sudeste, traz importantes contribuições ao nos dizer:

[...] nossos moradores ficam com os cartões, a conta é nominal, mas isso é um processo [...] então a questão de dar o dinheiro, fazia parte do contexto, mesmo que isso trouxesse posteriormente complicações, roubos, essas coisas que são comuns de acontecer, quando, o morador não tem muita noção do que vale aquele dinheiro. Então nos tivemos assim, nós tivemos processo na justiça contra alguns cuidadores, né, mas só que isso tudo foi muito, é, é, regulamentado, foi muito transparente, Se o morador usou o dinheiro do, pegou o dinheiro, roubou o dinheiro do morador, nós levamos ele pra justiça, levamos pra polícia, como qualquer situação, como comigo, contigo, foi tratado com muita naturalidade esse processo, entendeu? Isso é inclusive o promotor que acompanha isso, agora não existe mais, mas logo que, acho que algumas pessoas sempre têm né? Num grupo de cem, se pode contar com uma pessoa que talvez não seja muito honesta, ai pode ta acontecendo, mas era uma decisão, eu não consigo pensar, quando faz essa pergunta, não consigo pensar em outra forma de fazer, qual seria a outra forma, eu ficar aqui com 160 cartões bancários? Eu movimentar 160 contas? Eu não consigo imaginar isso não, eu simplesmente não consigo, eu não tenho outra saída, é deles, vai ficar com eles, a gente vai correr risco? Vai, né. Imagina tu com 160 cartões? Se imagina isso!

Nessa experiência de gestão, os cartões ficam guardados na casa, onde o cuidador quando necessário acompanha o “cliente do banco” na retirada do benefício, estando descartada pelos gestores a possibilidade do cuidador sacar o dinheiro do usuário sem a sua presença, por ocasião da movimentação dos auxílios.

Fani, a gestora, não concorda com essa forma o que contraria os demais gestores, que consideram a guarda dos cartões como forma de “proteção legal”. Essa situação, diferente do que pensa a maioria dos gestores, seria delicada para quem ficasse responsável pela administração das 160 contas dos beneficiários cadastrados na cidade. Ela comenta que as situações de roubo constatadas foram julgadas pelos órgãos competentes, sendo uma exceção dentro do contingente de beneficiários cadastrados no Programa “*De Volta para Casa*”. Talvez esses atos possam justificar o fato de que a maioria dos cadastrados no programa é privada de usar o cartão do banco, estando os mesmos sujeitos às vontades e à disponibilidade dos gestores e cuidadores para a realização das suas movimentações financeiras. Porém, a meu ver, “esse cuidado” e as justificativas escondem, na realidade, a

crença na incapacidade do usuário em gerir suas finanças e, mais ainda, em gerir suas vidas.

Nos municípios onde os cartões estão “interditados” nas Secretarias de Saúde, eventualmente ocorrem as saídas para a realização de compras dos usuários que são acompanhados pelos cuidadores. Outra forma utilizada de gestão dos benefícios é a do cuidador/gestor comprar “tudo que o morador precisa”, deixando ao usuário uma quantia que varia entre (5) cinco a (15) quinze reais semanais, para que o morador do Residencial “compre o que quer”. Nessas formas de agir se estabelece uma relação de submissão do morador à vontade do cuidador/gestor, onde o usuário é agraciado por uma espécie de esmola que lhe é concedida, mas que “não lhe pertence”.

O “estado de carência”, a que essas pessoas estão submetidas nos Residenciais, ficou transparente na posição da assistente social com que conversei no sudeste do país. À constatação que nenhum dos usuários de Saúde Mental era portador do benefício de prestação continuada, perguntei qual o motivo da dispensa do recurso. A assistente social disse-me que “não era necessário mais dinheiro” para os usuários, pois eles “já tinham a bolsa-auxílio “De Volta para Casa” e a prefeitura “dava tudo” que precisavam, comentando – “até sobra dinheiro”!

.De forma contrária à observação dessa assistente social, fiquei sabendo que no sobradinho verde, onde mora Samuel, os moradores estavam há uma semana privados de café, aguardando que a prefeitura comprasse o mantimento para distribuir nos Residenciais. Isso demonstra que a falta de acesso dos usuários ao seu dinheiro, até para os gastos do cotidiano de uma casa, é um fator significativo, bem diferente do que manifestou a “cuidadora”. Frente a essa situação, não havia a possibilidade nem de se fazer o denominado “chafé” de Anita, a antiga cozinheira do hospital psiquiátrico do nordeste.

Por sua vez, Marilda havia emprestado parte de seus benefícios, enquanto outros usuários de sua cidade utilizaram os auxílios para viajarem a Porto Seguro, curtirem o Natal Luz em Gramado, um Resort em Búzios ou para buscarem seus parentes nas suas cidades origem. Enfim estas pessoas vivem a sua casa como lugar da “[...] expressão de sonhos, desejos e percepções humanas.” (REBELLO E D’AZEVEDO, 2007, p. 1).

Além dessa casa que se pode sonhar, a forma de usarem os recursos a que têm direito permite que os usuários se relacionem com a cidade em uma outra

posição, como na que percebi quando me dirigi à agência de viagens da cidade para comprar a passagem de volta para casa. A dona do estabelecimento, ao saber de meu trabalho envolvendo os ex-internos do hospital, fala que os conhece “muito bem” e que eles são os melhores clientes da cidade, pois “pagam à vista” os pacotes comprados na agência.

Fani nos dá uma melhor visão do que significou para a economia daquela cidade a saída das pessoas do hospital psiquiátrico, ao nos contar:

E hoje até talvez por reconhecimento, hoje tem o respeito com o nosso morador, respeitam eles. Esse morador se apoderou de algumas coisas também, como você falou, ele se apoderou, ele tá a vontade, ele tem o poder hoje, e as pessoas servem, prestam serviços, no sentido de prestar serviço e prestar serviços remunerados [...]. Eles consomem. A nossa cidade é uma cidade que não tem emprego, então eles são responsáveis por um número enorme, direto de empregos, que todo o instituto mais de cem pessoas trabalham focados, em empregos diretos, focados nas residências e outras tantas, entendeu? Empregos que são indiretos, que é a padaria, a mercearia, o supermercado, então, se faz um cálculo do espaço financeiro, 150 e poucos mil reais em X(nome do município), e o [...] que é o dobro, então ele dá 150 mil, digamos assim, dá 200 mil reais que são injetados na cidade também, fazendo uma leitura assim, sabe? Mas uma cidade com 120 mil habitantes é uma cidade pequena que não oferta muito emprego, não oferta muita possibilidade, a maioria são funcionários públicos, não é uma cidade de indústrias, é uma cidade de serviços, digamos assim, então eles são bem vindos, eles trazem também assim uma, trazem assim esse dinheiro, uma contribuição de poder, né? Então taxista tudo conhece, eles circulam muito de taxi, né? Eles circulam muito de van, carros terceirizados, circulam muito nos salões.

A forma como são utilizados os recursos dos usuários nessa cidade permite um crescimento econômico da mesma e, nessa possibilidade de apropriação, passa a ocupar o lugar daquele que é gerador de empregos diretos e indiretos como aborda a gestora. Assim passam de “[...] grande carência.” (FOUCAULT, 2006, p. 193), instituída pelo poder psiquiátrico com o objetivo de manter o usuário “[...] abaixo de certa linha média da sua existência.” (FOUCAULT, 2006, p. 192), à condição daquele que provê “retomando” a condição da soberania do “rei”, se pensarmos na cena inaugural de desapossamento de Jorge III analisada por Foucault.

Neste movimento de posse dos usuários e seus desdobramentos naquela cidade, ao considerar o lugar que ocupam os desempregados no que Bauman (2004a, p. 22) chama de “[...] sociedade de produtores [...]”, que ao perderem “[...] seus empregos, perdem seus projetos, seus pontos de orientação, a confiança de terem o controle de suas vidas; também se vêem despidos de sua dignidade como

trabalhadores, da auto-estima, do sentimento de serem úteis e terem um lugar social próprio.” Aqueles que foram excluídos pelas diferentes loucuras passam agora a ser promotores de recursos que abrandam a exclusão vivida pela falta de empregos naquela(s) cidade(s).

Outra questão apontada por Fani, além do significado para a economia da cidade com o “De Volta para Casa”, é o circular dos usuários na cidade como possibilidade de serem vistos de outra forma, como no exemplo de Tião que vive em um bairro “afastado” nessa pequena cidade:

E aí que faz a diferença no processo, quando ela é nomeada por outro de outra forma, porque o nosso [...] é específico, a gente olha como ser humano, independente da situação em que ele se encontra, ele é um ser humano, e até por ser, graças a Deus a gente tem essa condição, podia não conseguir fazer nada. É uma coisa que distingue o pessoal da saúde, da reforma, de ter esse olhar, mas dos outros não, a sociedade tem que se preocupar quem é o louco, quem é o presidiário, quem é o cidadão, bom, honesto, sei lá como eles chamam, então essa passagem quando você deixa de ser uma coisa, deixa de estar numa situação para estar em outra.

[...]

E tenho uma forma, uma vez eu fui contemplar o Tião como é que marcou a vida assim, no caso específico, que serve de exemplo pros outros de [...] deixar de ser o doido, no interno, e passaram a ser o vizinho, o amigo, o consumidor, sabe, circular na cidade e ter outra nomeação, no momento que foi esse, o Severina de Santa Isabel e passou a ser a cuidadora, a vizinha, a amiga de alguém, entendeu?

Assim, finalizando, após longa caminhada com Marilda e as reflexões proporcionadas pelos diálogos com ela, com Kátia, os gestores/cuidadores, a dona da agência de viagens, o taxista, e as pessoas da cidade, retomo a pergunta que ficou em aberto sobre um possível modelo de reabilitação.

Pensar em um modelo de reabilitação para pessoas de infinitas identidades em construção, algumas até construídas de formas “ilusórias”, conforme postula Botton, creio que possa se tornar “[...] um modo equívoco.” (FOUCAULT, 1995, p. 70), agora relacionado à desinstitucionalização da loucura no Brasil. Mesmo descartando a possibilidade de se traçar um “modelo a seguir”, ao retomarmos os diferentes encontros com a cidade citados nesta seção, seja pelos lares que se constituem para fora do Residencial, seja pela outra posição do usuário, agora o de contribuinte para a economia de uma cidade, ou pelas novas identidades que se constituem na relação com o outro neste encontro, não podemos nos ludibriar na busca do “ideal”: O movimento de “[...] vamos invadir a cidade!”, muitas vezes

esquece que alguém pode querer não invadir sua cidade, e sim ficar próximo de seu portão, sentado com uma cuia de chimarrão em mãos.” (FRICHEMBRUDER *et al.* [s.d., s.p.] [no prelo]). Nesse “modelo de Reabilitação” torna-se fundamental a condição de retomada da “vontade do rei”, da vontade do morador nas relações com os cuidadores e gestores junto aos Serviços Residenciais Terapêuticos.

Foucault (2006) destaca em sua obra que a máquina asilar deve sua eficácia a certo número de coisas, destacando em primeiro lugar o enquadramento disciplinar ininterrupto e em segundo, a assimetria de poder que lhe é inerente, apontando-nos nesse destaque, a necessidade de práticas em torno do Residencial que diluam esta assimetria de poder sobre os moradores, em formas “mais horizontais” de se relacionar com o outro, constituindo-se práticas que ao mesmo tempo, atuem como catalisadora na desintegração de possíveis estratégias de dominação. No entanto, Pitta (1996, p. 44) nos sinaliza para o fato de que, [...] particularmente no Brasil, onde se engatinha na conquista de direitos elementares [...] e saúde como um deles [...] estamos distantes de contarmos com o usuário influenciando responsável e decisivamente em seu processo de cuidado. E no que diz respeito ao usuário em Saúde Mental esta possibilidade de intervenção nos processos de cuidado é algo que nos traz um maior desafio, se pensarmos no lugar reservado à desrazão da “fala do louco” constituído pelo saber psiquiátrico.

Diante destes assinalamentos, que cuidado é este de que poderíamos falar nesta configuração nas relações de poder? Para Lucas, um dos cuidadores da cidade onde moram Fani e de Marilda, ele, como cuidador, passa a ocupar um outro lugar no Residencial.

<p>E aqui não, aqui ele fica livre assim, e está fazendo aquilo que ele gosta, aquilo que ele quer, então aí só é mesmo orientar. Até as brincadeiras que todo o tempo a gente vê entre eles [...]A gente é titular de cuidado e ainda se é orientador. Aqui a gente mais orienta do que cuida, entendeu!</p>
---

Ele fala de um cuidar diferente, o cuidado como forma de orientar, baseado no que os usuários querem e gostam, passando da posição daquele que dirige o cuidado para a posição daquele que é “titular de cuidado”. Em relação a essa escuta aos usuários, na qual o cuidador orienta seu trabalho, Pitta (1996, p. 40) nos traz importantes considerações, ao apontar:

Desde já fica a ressalva que, para este salto de qualidade, não basta ouvir, não basta dispor da integridade anátomo-fisiológica do aparelho auditivo. É necessário o ato psicológico de escutar, a possibilidade de verdadeiramente estabelecer um campo de trocas que torne efetivo, equitativo e, neste sentido, resolutivo, os infinitos caminhos que intermediam a necessidade de ajuda e a ajuda em si.(PITTA, 1996, p. 40).

É importante salientar que, conforme o dicionário Aurélio, o titular é aquele que tem só o título, sem ter a posse ou o domínio, fazendo-nos pensar nas “perdas” que se constituem nessa outra forma dos cuidadores/gestores se relacionarem com os moradores do Residencial, e na complexidade dessas práticas para a condição de titular do cuidado.

Torna-se visível a necessidade da perda contratual dos cuidadores/gestores, correndo riscos e/ou a disponibilidade de dispor-se a subir no sofá para colocar “quadros no teto”, permitindo-se nestes fazeres, quem sabe, chegar mais perto “da loucura” e das diferentes formas dos sujeitos se relacionarem com uma casa.

## **9 SOBRE O “ACABAMENTO” DO MAPA DA REFORMA BRASILEIRA: conversando com Riobaldo e outros autores**

Iniciei este trabalho com a intenção de assim como Fra Mauro, o cartógrafo veneziano que buscava através de seus informantes desenhar o mapa perfeito que contemplasse a dimensão da criação, traçar o mapa da Reforma Psiquiátrica no território nos seus des(encontros) da loucura com as cidades, através das narrativas dos usuários, cuidadores, gestores e dos vizinhos dos Serviços Residenciais Terapêuticos na sua relação com as cidades.

São tantas histórias! Histórias sobre idas e vindas do território da loucura através das diferentes vias do hospital psiquiátrico para a cidade, vias que, por mais incrível que me pareçam, passaram a transitar em mão dupla, agora novamente, de volta para o hospital, mesmo em tempos de Reforma Psiquiátrica.

Mas como dar a “forma final” a um mapa diante de tantos cenários que se desenham, afirmações que se findam com pontos de interrogações, traços que não se constituem em uma forma, sem falar nas manchas e borrões desenhados no percurso dessa grande viagem-tese?

Ao falar sobre “contar histórias”, Bauman (2004b, p. 126), nos diz: “Histórias são como holofotes e refletores – iluminam parte do palco enquanto deixam o resto na escuridão [...]” levando-nos a pensar, que muitas histórias narradas “deixam na escuridão” figuras que comporiam o “desenho final” do mapa da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

E, se as histórias iluminassem o palco todo? Seria possível fazer uma forma perfeita para o mapa? Penso que iluminar o palco todo, talvez, não fosse de “[...] muita utilidade [...]”, pois de acordo com o autor, com quem concordo, a “[...] tarefa do iluminador [...]”, ou do contador de histórias é “[...] limpar o palco, preparando-o para o consumo visual e intelectual dos espectadores, criar um quadro que se possa absorver e compreender e reter, destacando-o das anarquias dos borrões e manchas que não se podem assimilar e que não fazem sentido.” (BAUMANN, 2004b, p. 26). Baumann (2004b, p. 26) salienta que “[...] sem seleção não haveria história.”

As palavras do autor me ajudam na organização das muitas histórias que conheci/vivi por muito tempo: a minha trajetória em um hospital psiquiátrico, quando acompanhei o programa de Volta para Casa, junto às narrativas colhidas durante o

meu percurso de quatro meses pelas diferentes regiões do Brasil. Por mais que me inquietasse ter que fazer seleções, deixar de “fora” alguns personagens e suas falas, recortes foram necessários para construção deste mapa; contudo, ao iluminar o palco, procurei direcionar os “holofotes” para aqueles atores cujas histórias eram representativas daquilo que assisti, vi e ouvi, mesmo entendendo, que, aqui, estou contando/compondo outra história.

Entre essas tantas histórias, as narrativas escolhidas se constituem em outros saberes, e como se “[...] saber é escolher [...]” agora, nesse final da tese torna-se necessário buscar um lugar para dispensar os restos, considerando que “[...] sem lugares para depositar o lixo a fábrica do conhecimento está incompleta.” (BAUMAN, 2004b, p. 28). Assim, guardarei nas memórias o *lixo*, algumas das sucatas, deixando para o acabamento, nesse momento, aquelas figuras desenhadas pela complexidade que emergiu no convívio dos diferentes narradores, de diversos pontos do Brasil, as quais nos trouxeram formas “estranhas” para pensarmos no mapa da loucura.

Dessas tantas figuras que se nos apresentaram (des)encontros da loucura com a cidade, lembrei-me de Riobaldo, ex-jagunço fazendeiro, personagem de Grande Sertões Veredas, quando ele conta:

De primeiro, eu fazia e mexia, e pensar não pensava. Não possuía os prazos. Vivi puxando difícil de difícil, peixe vivo no moquém: quem mói no asp'ro, não fantaseia. Mas, agora, feita a folga que me vem, e sem pequenos dessorsegos, estou de range rede. E me inventei neste gosto, de especular idéia. O diabo existe e não existe? Dou o dito. Abrenúncio. Essas melancolias. O senhor vê: existe cachoeira; e pois? Mas cachoeira é barranco de chão, e água se caindo por ele, retombando; o senhor consome essa água, ou desfaz o barranco, sobra cachoeira alguma? Viver é negócio muito perigoso. (ROSA, 2001, p. 36).

Riobaldo, não sou o seu grande amigo Diadorim, mas me permita travar algumas palavras com certa intimidade. Então, eu te diria mais, enfatizaria: Cuidado Riobaldo! Fazer pesquisa é um negócio muito perigoso! Pois nesse gosto de especular idéia a gente fica triste, volta mexida. Essas melancolias. Vai pro norte, e na folga que vem, toma banho de cachoeira pra espantar as melancolias! Mas cachoeira é barranco e, às vezes, a gente se embarranca no chão! Aí quando tu não sabes o que fazer, quando tu menos espera, vem o tal do usuário, o tal de portador de transtornos mentais! Que divisão Riobaldo! O tal vem e oferece três bananas, um

café e canta uma música para lavar a dor, e ela passa, sem remédio nenhum. São as alegrias de especular, conhecer pessoas como o seu Edílson. Será esse o tal cuidado que todo mundo fala?

Permita-me te dar um conselho: nas tuas andanças vai pro norte, vê louco na rua e gente dando roupa, café com pão, um colchão pra ficar mais confortável a rua, mas não fiques de range dente quando te disserem que lá, nada tem!

Disse o amigo Pedro Delgado, lá dos Ministérios, aqui nas terras do sul, que o desafio da Reforma no Brasil é tornar o estranho familiar. Não tive tempo suficiente para especular, mas quando vi todo mundo cuidando do rapaz louco que dormia na padaria, quando uma mulher me disse que trabalha há vinte anos no hospício e que nunca viu alguém bater em doente mental, quando me contaram que a pessoa “mais doida” de uma pequena cidade ganhou uma casa do prefeito porque ninguém conseguia morar junto com ela, de tantas travessuras que ela fazia, comecei a pensar que lá onde “nada tem”, onde “tem poucos CAPS”, o estranho nas ruas da cidade, (é)são familiar(es), nos dois sentidos da palavra. Dizem, e me pareceu, que a Psiquiatria não chegou lá, então, espero que a Reforma não as trate do mesmo jeito que trata as pessoas no nordeste, no sul, sudeste e, por aí no Brasil, onde ela está há tantos anos.

Mas lendo tuas andanças, me afeiçoei por ti, e quem avisa amigo é! Cuidado para não cair um galho na cabeça e na confusão que se fica, quando cai peso em cima da gente, não te mete no hospício, porque do hospício para o Residencial, vai ser difícil deixar de ser um portador de transtornos mentais; vais te tornar um usuário, um ex-interno, um morador de Residencial. A não ser que tu te percas nas cidades e encontre pessoas que voltem a te ver de novo, “só como” o Riobaldo! O amigo do Diadorim!

Falando nele, vi nas tuas escritas a tua tristeza quando perdeste teu grande amigo. Mas cuidado pra não confundirem a tua tristeza com depressão e, quando chorares a morte dele, fiques longe de contar a tua dor para um doutor, e não precisa ser um doutor psiquiatra, pois qualquer um deles podes te tornar um portador de transtornos mentais. Isso é muito perigoso!

Não sei se te interessas por esses assuntos, mas tem Swain, (1987, p. 11) que nos fala dos perigos dessa Psiquiatria, e onde ela “nos pega”, ao dizer:

A hora do manicômio já passou, as instituições fechadas tornaram-se insuportáveis para nós. Mas o espírito do projeto asilar não está menos

vivo. Trata-se de uma tentação sempre viva em face da doença mental e da necessidade de acompanhá-la por um prazo muito longo através da assistência dada à existência dos doentes. Ela pode ser reavivada amanhã no contexto de pequenas unidades de convivência, de apartamentos terapêuticos ou de todas as outras “estruturas intermediárias.” (SWAIN, 1987, p.11).

Essas medicações, caro Riobaldo, agora estão a serviço da Reforma Psiquiátrica; não posso deixar de dizer que nos Residenciais, vi pessoas contidas em cadeiras, agora, com amarras químicas, ocupando o mesmo canto da sala, entre uma visita e outra, e, assim caro jagunço, o tal dos psicofármacos, agora têm outra “função” mais perigosa:

A socialização como objetivo em si, com toda a esperança terapêutica colocada entre parênteses. E o que é mais incrível é que, neste contexto, os psicofármacos têm funcionado como os auxiliares ideais de uma proposta aterapêutica. Eles autorizam um grau de liberdade e de convivência nas práticas de socialização que não se poderia esperar no mundo disciplinar do antigo manicômio, e, assim fazendo, ajudam a colocar entre parênteses o problema terapêutico. Eles cuidam deixando *invisível* o problema do cuidado. (SWAIN, 1987, p.11).

Mas nem só de medicação vive a Reforma, caro Riobaldo, e lá no Hospício, conheci uma moça que tinha o corpo todo cortado, um corpo marcado pelas giletas, e que passou a ser marcado pelas pessoas que ela conheceu em um complexo popular habitacional da cidade; esses complexos, aqueles “[...] deteriorados do ponto de vista sócio econômico.” (SARACENO, 1999, p. 122), o que o autor aponta como os que “[...] constituem um risco adicional para pacientes com problemas psiquiátricos severos.” (SARACENO, 1999, p. 122).

Talvez você também já tenha ouvido nas tuas andanças, Riobaldo, que “[...] para as pessoas desprovidas de recursos econômicos, culturais ou sociais” [...], “a proteção só pode ser coletiva.” (BAUMAN, 2005, p. 17) e nessas de fazer amizades com os “deteriorados economicamente”, ela, aquela com o corpo marcado, foi pro aniversário de quinze anos da filha de Lúcia, uma amiga dela como o seu Diadorim, que conheceu na rua onde mora.

Olha que lindo Riobaldo, o que a Mara diz do seu outro corpo que se “desfaz dos cortes” para ingressar em cortes da “alta-costura”:

<p>Foi no dia 15 de novembro, aqui na Assis Brasil (referindo-se ao dia em que foi alugar o sapato e o vestido). Eu fui com a Lúcia, porque eu não sabia o lugar. Pelo menos agora eu aprendi onde que é, se eu tiver que alugar. Agora, eu sei! Quando eu olhei o sapato, isso aqui não vai dar no meu pé. Daí eu acho que não vou alugar. Eu fiquei preocupada, não</p>
---

vou agüentar! Daí a Lúcia disse: Faz o seguinte, tu bota o sapato lá na hora da cerimônia, depois na hora da comilança, na hora da dança, aí tu tira o sapato e bota um chinquinho. Daí eu levei uns tamanquinho. Aí já viu, né? Eu estava com os pés que não agüentava mais! Tirei embaixo da mesa e coloquei dentro da sacola, levei lá pro quartinho, deixei guardado lá, depois na hora de ir embora eu peguei. Botei um sapato de salto alto, de salto alto com essa roupa. Eu estava transformada! Nunca tinha colocado uma roupa assim! Nunca, nunca!

Eu: O que tu sentiste, Mara?

Eu disse meu Deus! Será que eu sou essa aqui? Eu ficava olhando, sabe! Não pode ser! Daí a Lúcia disse: Nós vamos tirar uma foto para todo mundo ver! E eu queria ligar para ti para dizer da foto e do aniversário que eu fui. Que eu tinha alugado uma roupa! Desde o dia do aniversário dela.

Semana passada, eu liguei para Mara, para lhe dizer: Feliz Aniversário! Chegava à meia-noite e nada dela atender ao telefone da casa. Quando finalmente ela atendeu, eu perguntei:

Aonde andas a esta hora que não me atendes este telefone? Vai passar teu aniversário e eu não vou te encontrar? Ela me respondeu - nas minhas vizinhas, recebendo os parabéns.

E sabe o que ela me contou, que me contagiou de felicidade e esperança na Reforma?

Tiraram a minha medicação da noite! Eles tão tirando, já tiraram do meio-dia e agora a da noite. Só to com a da manhã.

Veja só, querido jagunço, na verdade são tantas histórias sobre a loucura, e tantas Reformas neste país; tantos desencontros e encontros dela com a cidade... Acho que me entendes, Riobaldo, quando dizes:

Vida, e guerra, é o que é: esses tontos movimentos, só o contrário do que assim não seja. Mas, para mim, o que vale é o que está por baixo ou por cima – o que parece longe e está perto, ou o que está perto e parece longe. Conto ao senhor é o que eu sei e o senhor não sabe; mas principal quero contar é o que eu não sei se sei, e que pode ser que o senhor saiba. (ROSA, 2001 p. 268).

Agora, parei pra pensar Riobaldo, e fiquei a me perguntar, se que o que eu posso saber, você não sabe se sabe, pois, como tu podes saber o que eu sei, se tu também mesmo podendo saber, não sabes que sabe? Só sei que desse *sabe-não-sabe*, o louco é aquele que ainda é visto, em tempos de Reforma, na sua relação com os outros, como sendo aquele que não sabe, mesmo que eu e você, Riobaldo,

não sabemos o que a gente sabe, ou o que eu sei, você não sabe se sabe. No final das contas ninguém sabe, mas nessa, o louco, ou melhor, o que já morou no hospício, o que mora no Residencial, é o que não sabe. E se ele não sabe e se saber é poder, então se ele não tem o saber, não tem poder. Concordas comigo?

O tal do Foucault (1986, p. 170) se preocupou com esses que são vistos como os tais dos “[...] saberes que estão embaixo [...]”, e me parece, Riobaldo, que o que vale ainda na Reforma é o que está por cima, e que, um dos jeitos, é os de baixo vindo furar os saberes de cima! Olha como ele diz bonito: “[...] trata-se de ativar saberes locais, descontínuos, desqualificados, não legitimados, contra a instância teórica unitária, que pretenderiam depurá-los, hierarquizá-los.” (FOUCAULT, 1986, p. 170). Seria uma “[...] insurreição dos saberes antes de tudo contra os efeitos do poder centralizadores que estão ligados a instituição e ao funcionamento do discurso científico.” (FOUCAULT, 1986, p. 171). E nessa, “os de baixo vindo desacomodar os de cima”, e assim nessa tal da Psiquiatria que se apresenta como a serviço da Reforma, aqueles de baixo precisam se lançar, irromper, precisam entrar e estar nesse diálogo, furar os de cima, pros de cima não ficar tão em cima, e os de baixo não ficar tão embaixo. Me entendes? Senão, Riobaldo, não há Reforma e corremos o risco de reeditar a Psiquiatria dos setores, largando pseudópodos do asilo por todos os brasis que você conhece.

Riobaldo, tenho que te dizer, meu amigo, que desacomodar saberes de cima, não é fácil e eu que me banquei a especular, a fazer essas pesquisas perigosas, posso te dizer, que agora quase em processo cirúrgico final, com o término da tese, juntando os pedaços do mapa e os meus, como disse antes, quase entrei em coma, me fui pra UTI, pois se o saber histórico “[...] é feito para cortar [...]” (FOUCAULT, 1986, p. 126), fiquei toda cortada das “barbaridades” que ouvi dos usuários. Barbaridades ditas que não eram amorais, mas que introduziam uma necessidade de instaurar uma nova ética na relação com a loucura, com o portador de transtornos mentais, com aquele que é morador do Residencial, se deixando levar pelas coisas que se apresentam como verdades e que desagregam as nossas verdades, “as de cima”. Precisamos, a partir dessas revelações, dessas vivências e histórias do Samuel, da Kátia, do Mario, da querida Marilda, do Luís, da Maria da Praça, do Toinho, do Tião, do seu Edílson, da Severina e das tantas outras pessoas que passaram pelos manicômios, produzir outras práticas, outras relações de poder, num outro movimento e em outra simetria com os saberes que estão por cima, pra

poder dizer como você percebe, que o que vale é tanto o que está por baixo quanto por cima, mas eu acho que os de baixo têm de se misturar, e os de cima deixar-se misturar aos de baixo, Riobaldo! E tu, sabes melhor do que eu, da força dos teus movimentos com o Diadorim, teu grande amigo.

Nesses cortes, a censura, inevitavelmente, pode colocar em xeque o que se construiu em relação à Reforma Psiquiátrica e das tantas pinceladas das “conhecidas” formas de ver a loucura ao longo dos séculos e, se pensarmos que a história não é linear, não poderia ser diferente nos contornos dos desenhos das tantas Reformas Psiquiátricas no Brasil. Mas, talvez pelo afã da minha trajetória e militância por *uma sociedade sem manicômios*, esses cortes, caro Riobaldo, foram mais profundos!

Fiquei pensando naqueles *não sei se sei*, se seria possível uma Reforma sem exclusão, depois de tantos anos em que ela se esconde nos barcos que deslizam nos rios da Renânia, no navio do norte do país que larga o estrangeiro; nos casebres improvisados que aparecem, “sem se esconder”, no olhar de quem olha para o que lhe parece diferente.

Então, o que se recomenda nesse final, Riobaldo?

Pensar em espaços de formação continuados, sem trabalhar a relação da loucura com o outro e com nós mesmos, me parece algo de efeitos passageiros, considerando-se os possíveis abalos que possam se dar nas assimetrias do poder, quando se pensa na relação daqueles que entram na carreira da loucura, da doença mental, dos transtornos mentais, com aqueles que devem cuidá-los.

Pensar em inserir políticas habitacionais, revisar a portaria que constitui os Serviços Residenciais Terapêuticos, promovendo ações intersetoriais com a inclusão dos diferentes atores que promoveram/em a exclusão da loucura, seria algo ponderável, quando nos lembramos de Mara e sua relação com os seus vizinhos de um conjunto residencial popular. Esse morar permitiu a ela escapar aos olhares dos especialistas em Saúde Mental facilitando que ela ingresse em outra forma de cortes, diferentes daqueles que “revestem” o seu corpo.

Mas como tu mesmo dizes, Riobaldo, que tudo que parece perto está longe... Lembremos que o prefeito da cidade do centro-oeste do país (que não é da área da Saúde Mental) reservou três por cento das casas populares para os que saíram do hospital psiquiátrico e que, nessa mesma cidade, são alugadas casas pela Secretaria de Saúde para implantar os Residenciais Terapêuticos, para que as

casas fiquem sob seu gerenciamento, sob controle dos detentores do saber sobre a loucura! Isso tudo Riobaldo, é guerra, e lidar com tantos e diferentes atores que promoveram/em a exclusão da loucura ao longo dos séculos é como se a Reforma nos deixasse tontos, mais ou menos assim Riobaldo:

A ebulição destes vizinhos e múltiplas caminhadas forja novas formas de existência/resistência que dão conta de acomodar a enorme sensação de estar sempre no olho do furacão, de sentir-se descoberto. Acreditar nesses projetos,[...], significa construir o sonho e arriscar-se a inúmeros arranhões, deixar-se sacudir pela vida e ver o que acontece. (FRICHEMBRUDER *et al.* [s.d, s.p.] [no prelo]).

Todavia pra terminar esta tese, Riobaldo, preciso te dizer: se um dia eu encontrar Ateneu (o morador do manicômio onde trabalhei), talvez, eu fique tão impotente como há quinze anos, quando convivia com ele e os bicudos e as cobras torturavam o seu corpo, invadindo o nosso pacífico convívio. Penso que o que eu buscava/busco nos livros, nos significantes, nos seus possíveis enlaces com a cultura, no que poderia dar “suporte” a Ateneu para o seu/meu desamparo; me parece mais um jeito de entender o que se passa com ele, uma forma de dar conforto a minha ignorância perante ele, mais do que a certeza de encontrar o que seria uma forma de conversar com ele na “hora do ataque”. E nisto te digo, amigo, não há ciência que dê conta dessa manifestação da loucura!

Mas, nas minhas andanças pelo Brasil, não posso deixar de enfatizar sobre os modelos de reabilitação existentes que privilegiam o ingresso do morador do Residencial nas normas de uma casa como prova de sua reabilitação “psicossocial”, sob a regência dos cuidadores e gestores no comando do espetáculo, como nos disse Samuel ao falar que “quem rege” agora a sua vida é a Secretaria de Saúde. Penso que esse é um jeito de fazer as coisas muito perigosas!

Como diz Lévinas (2004, p. 152): a “[...] palavra ordenar significa em francês ao mesmo tempo, ter recebido a ordem, mas na realidade, receber poderes.” E o que se observa nos modelos da busca de autonomia do portador de transtornos mentais é uma ordem que não lhe concede o direito de não aceitá-la, e se, “[...] A comanda B, B não é mais autônomo.” (LEVINAS, 2004, p. 152).

Riobaldo, parece que estamos diante de uma grande contradição quando afirmamos que a Reforma trará a autonomia para as pessoas e garantirá o seu convívio com a cidade... Como gostaria de ouvir sua opinião!

Pois então, meus caros amigos, são nesses “tontos movimentos, que só o contrário do que assim não seja.” (ROSA, 2001, p. 245), que nos vale pensar como nos conduzirmos nessas tantas formas de relação com a loucura, na forma de ver as pessoas que vivem, hoje, nos Residenciais, encontro nas palavras de Foucault (2002b, p. 212), meu caro jagunço, um pouco de abrigo:

Saberemos apenas que nós outros, ocidentais idosos de cinco séculos, fomos sobre a superfície da terra essas pessoas que, dentre outros traços fundamentais, tiveram este, o mais estranho de todos: mantivemos com a doença mental uma relação profunda, patética, difícil talvez de formular para nós mesmos, mas impenetrável a qualquer outra, e na qual experimentamos o mais vivo de nossos perigos, e, talvez, nossa verdade mais próxima.

No final deste estudo, te digo Riobaldo; pensar a Reforma Psiquiátrica sem nos aproximarmos “[...] dos mais vivos dos nossos perigos [...]” (FOUCAULT, 2002b, p. 212), pode tornar a forma de nos relacionarmos com as pessoas que, hoje, vivem nos Residenciais Terapêuticos, assim como a vida, como você sempre diz, um negócio muito perigoso!

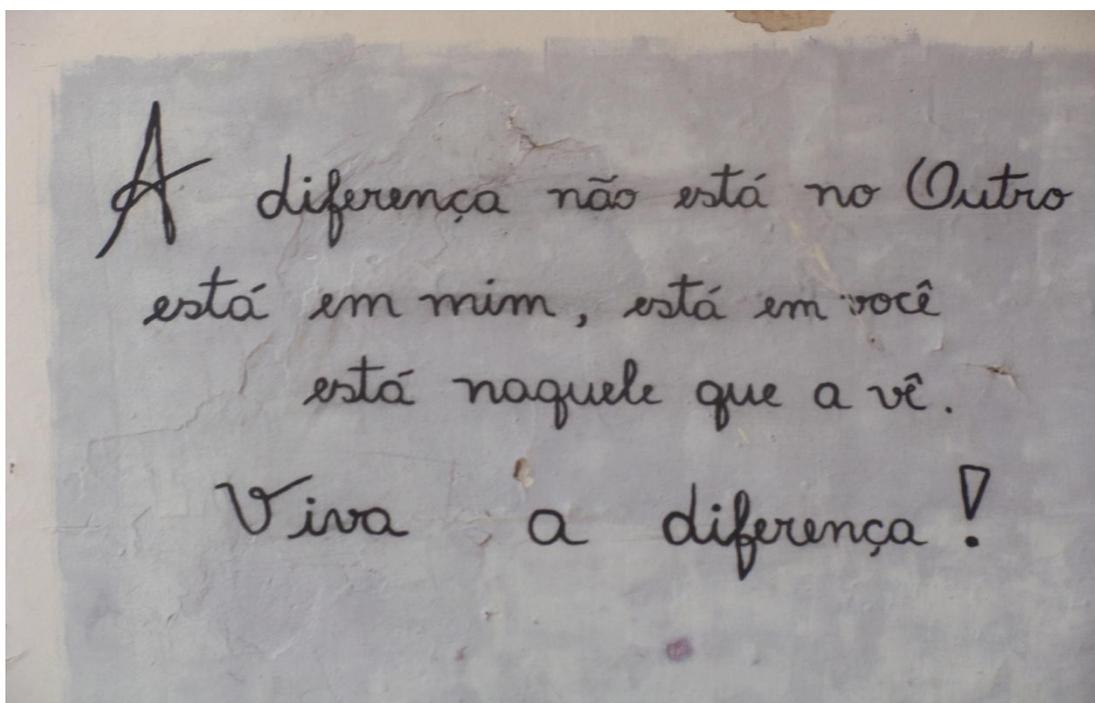


Figura 11 – Produção de um Morador, em um Muro Interno de um Hospital Psiquiátrico do Centro-Oeste do Brasil

## REFERÊNCIAS

ALVES, Domingos Sávio, GULJOR, Ana Paula. O Cuidado em Saúde Mental. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo (Orgs.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec; ABRASCO, 2004. P. 221-240.

BAPTISTA, Luis Antônio. **Dispositivo Residenciais e Máquinas de Morar..** Niterói: [s.ed., s.d.]. [no prelo].

BAPTISTA, Luis Antônio. **O Veludo, o Vidro e o Plástico: desigualdade e diversidade na metrópoli**. Niterói: Editora da UFF, 2009.

BARROS, Denise Dias. **Jardins de Abel: desconstrução do Manicômio de Trieste**. São Paulo: Editora Universidade de São Paulo, 1994.

BASAGLIA, Franco. Vocação Terapêutica e Luta de Classes. In: DELGADO, Jacques (Org.). **A Loucura na Sala de Jantar**. São Paulo: Resenha, 1991. P. 27-51.

BAUMAN, Zygmunt. **O Amor Líquido: sobre a fragilidade dos laços humanos**. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 2004a.

BAUMAN, Zygmunt. **Confiança e Medo na Cidade**. Lisboa: Relógio D' gua Editores, 2005.

BAUMAN, Zygmunt. **Vidas Desperdi adas**. Rio de Janeiro: Zahar, 2004b.

BENJAMIN, Walter. O Narrador, Considera es Sobre a Obra de Nikolai Leskov. In: BENJAMIN, Walter. **Magia e Técnica, Arte e Política**. São Paulo: Brasiliense, 1994. P. 197-221.

BEZERRA, Benilton. A Diversidade no Campo Psiquiátrico: pluralidade ou fragmenta o? **Cadernos do IPUB**, Rio de Janeiro, n. 14, p. 135-144, 1999.

BOTTON, Alain de Botton. **Como Proust Pode Mudar sua Vida**. Rio de Janeiro: Rocco, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Aten o em Saúde. Departamento de A es Programáticas Estratégicas. **Legisla o em Saúde Mental: 1990-2002**. 3. ed. rev. e atual. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

CALVINO,  talo. **As Cidades Invisíveis**. São Paulo: Companhia das Letras, 1990.

CAMARGO JÚNIOR, Kennett. Um Ensaio sobre a (In)Defini o da Integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo (Orgs.). **Constru o da Integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec, ABRASCO, 2004. P.35-44.

CATIMBOZEIRO. Dicionário de Umbanda. Disponível em: <<http://cethrio.vilabol.uol.com.br/modelos/dicumbanda.htm>>. Acesso em: 11 nov. 2009.

CAVALCANTI, Maria Tavares; VILETTE, Liliane; SZTAJNBERG. Casa e/ou Serviços Residenciais Terapêuticos no Contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira. **Cadernos do IPUB**, Rio de Janeiro, n. 22, p. 83-91, 2006.

CERTEAU, Michel de. **A Invenção do Cotidiano**: morar, cozinhar Petrópolis: Vozes, 2000.

CERTEAU, Michel de. **A Invenção do Cotidiano**: artes de fazer. Petrópolis: Vozes, 2004.

CICERO. **A Amizade**. [s.l.]: Escala. 2006.

COWAN, James. **O Sonho do Cartógrafo**: meditações de Fra Mauro na corte de Veneza do século XVI. Tradução de Maria de Lourdes Reis Mengale. Rio de Janeiro: Rocco, 1999.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 1., Brasília, 1987. **Relatório Final**. Brasília: Ministério da Saúde, 1987. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio\\_da\\_1\\_conferencia\\_de\\_saude\\_mental.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_da_1_conferencia_de_saude_mental.pdf)> Acesso em; 15 jun. 2009.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 2., Brasília, 1992. **Relatório Final**. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio\\_da\\_2\\_conferencia\\_de\\_saude\\_mental.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_da_2_conferencia_de_saude_mental.pdf). Acesso em: 15 jun. 2009.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 3., Brasília, 2001. **Relatório Final**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio\\_da\\_3\\_conferencia\\_de\\_saude\\_mental.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_da_3_conferencia_de_saude_mental.pdf)> Acesso em: 15 jun. 2009.

COSTA, M.V.; SILVEIRA, R.H.; SOMMER, L.H. Estudos Culturais, Educação e Pedagogia. **Revista Brasileira de Educação**, Campinas, n. 23, p. 36-61, maio/ago. 2003.

COUTO, Mia. **Um Rio chamado Tempo, uma Casa chamada Terra**. São Paulo: Companhia das Letras, 2003.

DESVIAT, Manuel. **A Reforma Psiquiátrica**. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

ENCONTRO ESTADUAL DE RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, 1., 2007, Porto Alegre. **[Palestras...]**. s.n.t. (Comunicação oral).

ENCONTRO NACIONAL DE SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS, 1., Brasília, 2004; PROGRAMA DE VOLTA PARA CASA, 1., Brasília, 2004. ) **[Anais...]** Brasília: Ministério da Saúde, Coordenação Nacional de Saúde Mental, 2004.

FOUCAULT, Michel. **Os Anormais**: curso no Collège de France (1974-1975). Tradução de Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2002a.

FOUCAULT, Michel. **Doença Mental e Psicologia**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2000.

FOUCAULT, Michel. **Estratégia: poder-saber**. Tradução de Vera Lúcia Avelar Ribeiro. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1995.

FOUCAULT, Michel. A Loucura, a Ausência da Obra. In: FOUCAULT, Michel. **Problematização do Sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002b. P. 210-219. (Ditos e Escritos, v. 1.)

FOUCAULT, Michel. A Loucura e a Sociedade. In: FOUCAULT, Michel. **Problematização do Sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002c. P. 259-267. (Ditos e Escritos, v. 1.)

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. São Paulo: Editora Universitária, 1986.

FOUCAULT, Michel. **O Poder Psiquiátrico**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir: nascimento da prisão**. Petrópolis: Vozes, 1987.

FRICHEMBRUDER, Simone Chandler. **Os (Des) Encontros da Loucura com a Cidade a Caminho de Casa: do Hospital Psiquiátrico São Pedro a um conjunto Habitacional na Zona Norte de Porto Alegre: [proposta de tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul]**. Porto Alegre, 2003.

FRICHEMBRUDER, Simone Chandler et al. Morada São Pedro. In: FAGUNDES, Sandra Maria Sales Fagundes; FERLA, Alcindo Antonio (Orgs.). **O Fazer em Saúde Coletiva: inovações da Atenção no Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: Da casa: Escola de Saúde Pública RS, 2002. P. 133-141.

FRICHEMBRUDER, Simone Chandler et al. **Vizinhanças: de correntes a redes.entre fofocas, jardins, compras e outras formas de vizinhar**. [No Prelo será publicado pela UEPB].

FURTADO, Juarez. Avaliação da Situação Atual dos Serviços Residenciais Terapêuticos no SUS. **Cadernos do IPUB**, Rio de Janeiro, n. 22, p. 39-52, 2006.

GAGNEBIN, Jeanne Marie. Título. In: BRESCIANI S.; NAXARA, M. (Orgs.). **Memória e (Res)sentimento**. São Paulo: UNICAMP, 2004. P. 85-94.

GAGNEBIN, Jeanne Marie. **História e Narração em Walter Benjamin**. São Paulo: Perspectiva, 2004.

GALLO, Silvio. O Problema e a Experiência: implicações para o ensino de filosofia. In: BORBA, Siomara; KOHAN, Walter (Orgs.). **Filosofia, Aprendizagem, Experiência**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2008. P. 115-130.

GASTALDO, Dense; MERCADO, Francisco; CALDERÓN, Carlos. (Orgs.). **Investigación Cualitativa en Salud en Iberoamérica: métodos, análisis y ética**. Guadalajara : Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de Ciencias de la Salud; Universidad Autónoma de San Luis Potosí, Facultad de Enfermería; Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Enfermería, 2002. P. 475-479.

HOUAISS, Antônio; VILLAR, Mauro de Salles; FRANCO, Francisco Manoel de Mello. **Dicionário Eletrônico Houaiss da Língua Portuguesa**: [recurso eletrônico]. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001. 1 CD-ROM.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, Prisões e Conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1974.

KINOSHITA, Roberto Tykanori. **O Outro da Reforma**: contribuições da teoria da autoipse para a problemática da cronicidade no contexto das reformas psiquiátricas. Campinas, 2000. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) – Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2001.

KINKER, Fernando Sfair. **O Lugar do Manicômio**: relato da experiência de desconstrução de um hospital psiquiátrico do interior do nordeste. São Paulo, 2007. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Faculdade de Ciências Sociais, Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2007.

KNIJNIK, Cristiane; OLIVEIRA, Sandra de. **Poligrafia**: por uma nova geografia dos afetos. Porto Alegre: ESP, 2005.

KODA, Mirna Yamazato. **Da Negação do Manicômio a Construção de um Modelo Substitutivo em Saúde Mental**: o discurso de usuários e trabalhadores em um núcleo de atenção psicossocial. São Paulo, 2002. 167 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia social) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

LARROSA, Jorge. O Ensaio e a Escrita Academia. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 28, n. 2, p.101-115, jul./dez. 2003.

LARROSA, Jorge. **Narrativa, Identidad y Desidentificación**. In: LARROSA, Jorge. La Experiencia de la Lectura. Barcelona: Laertes, 1996. P. 461-482.

LARROSA, Jorge. Notas Sobre a Experiência e o Saber da Experiência. **Revista Brasileira de Educação**, Belo Horizonte, n. 19, p. 20-28, jan./abr. 2002.

LÉVINAS, Emmanuel. **Entre Nós: Ensaio**: sobre a alteridade. Tradução de Pergentino Pivato. Petrópolis: Vozes, 2009.

LOBOSQUE, Ana Marta. **Princípios Para uma Clínica Antimanicomial e Outros Escritos**. São Paulo: HUCITEC, 1997.

LOPES, Luis Paulo da Moita. Práticas Narrativas Como Espaço de Construção das Identidades Sociais: uma abordagem socioconstrucionista. In: RIBEIRO, B.T.; LIMA, C. C.; DANTAS, M.T.L. (Orgs.). **Narrativa, Identidade e Clínica**. Rio de Janeiro: Edições IPUB-CUCA, 2001. P. 55-72.

MACHADO, Roberto. **Ciência e Saber**: a trajetória da arqueologia de Michel Foucault. Rio de Janeiro: Edição Graal, 1988.

MACHADO, Roberto. Introdução. In: FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1998. [P. 7-12].

MARTÍNEZ HERNÁNDEZ, Angel. **¿Has Visto Cómo Llora un Cerezo?**: pasos hacia una antropología de la esquizofrenia. Barcelona: Ediciones Gráficas Rey, 1998.

NUNES, Kátia Medved Leite. **Hundertwasser**: arte e ecologia. Florianópolis, 2008. Trabalho de Conclusão (Licenciatura em Artes Plásticas) – Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

OLIVEIRA, Alice Guimarães Bottaro; CONCIANI; Marta Ester. Serviços Residenciais Terapêuticos: novos desafios para a organização das práticas de saúde mental em Cuiabá-MT. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**, v. 10, n. 1, p. 167-178, 2008. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a15.htm>. Acesso em: 15 jun. 2009.

ORTEGA, Francisco. **Amizade e Estática da Existência em Foucault**. Rio de Janeiro: Edição Graal, 1999.

PITTA, Ana Maria Fernandes. A Equação Humana do Cuidado à Doença; O Doente, Seu Cuidador e as Organizações de Saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 5, n. 2, p: 35-60, 1996. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v5n2/04.pdf>>. Acesso em: 15 jun 2009.

RAMALHO, Rosane. Loucura no Discurso Social: “Horror e Fascínio”. **Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre**, Porto Alegre, v. 1, n. 9, p. 50-54, 1993.

REBELLO, Yopanan, D’AZEVEDO, Amélia Leite A Casa Contemporânea: sonhos e desafios. **Rev. Elet.Arq. [Intenet]**, 2007 Disponível em:< <http://www.revistaau.com.br/arquitetura-urbanismo/163/arquiteturas-e-estruturas-yopanan-rebello-e-maria-amelia-dazevedo-63511-1.asp>> Acesso em: 27 jul. 2009.

RESTANY, Pierre. **Hundertwasser**: o pintor rei de cinco peles. Suíça: Taschen, 2003.

ROSA, João Guimarães. **Grande Sertão Veredas**. 19. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2001.

ROSA, João Guimarães. **Primeiras Histórias**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2001.

SANTOS, Milton. **O País Distorcido**: o Brasil, a globalização e a cidadania. São Paulo Publifolha, 2004.

SARACENO, Benedetto. **Libertando Identidades**: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Belo Horizonte; Rio de Janeiro: Te Cora Editora, 1999.

SENNET, Richard. **Carne e Pedra**: o corpo e a cidade na civilização ocidental. Rio de Janeiro: Best Bolso Editora, 2008.

SWAIN, Gladys. Chimie, Cerveau, Esprit et Société: paradoxes épistémologiques des psychotropes en médecine mentale. In: DIALOGUES avec l'insensé. Paris, Gallimard, 1994. [s.p.]

TITULAR. Disponível em: <<http://www.dicionariodoaurelio.com/dicionario.php?P=Titular>>. Acesso em: 11 nov. 2009.

## **ANEXO 1 – Termo de Consentimento**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, Simone Chandler Frichembruder, psicóloga, doutoranda Faculdade de Educação – UFRGS, estou desenvolvendo uma pesquisa vinculada ao Programa de Pós- Graduação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS, intitulada Os (De)Encontros da Loucura coma Cidade, sob coordenação e supervisão da professora Dr(a) Nádia Geisa de Souza, vinculada ao referido programa.Com esta pesquisa viso trazer elementos que contribuam com o pensar sobre os (des) caminhos do processo de reabilitação psicossocial dos usuários de hospitais psiquiátricos inseridos nos Serviços Residenciais Terapêuticos (moradias para pessoas egressas de internações psiquiátricas de longa duração) instituídos pelo Ministério da Saúde através da portaria 106/2000.

Ao final deste estudo, será realizada uma publicação pelo Ministério da Saúde e Universidade Federal do Rio Grande do Sul, contemplando uma experiência de cada região do território brasileiro, sendo desenvolvido este trabalho nos seguintes municípios: Manaus-AM (região norte), Campina Grande-PB (região nordeste), Barbacena-MG (região sudeste), Cuiabá-MT (região centro-oeste), Porto Alegre (região sul).

Para realização do estudo pretendo realizar entrevistas semi-estruturadas com trabalhadores que participaram do processo de inclusão dos usuários, com os usuários que se encontram em alta-hospitalar bem como pessoas da comunidade que tenham alguma relação com este processo.Serão utilizadas da mesma forma, fotografias que possam trazer subsídios para a reflexão deste estudo, sendo resguardados a identificação das pessoas na utilização deste material.

O Senhor(a) está convidado a compor este estudo, sendo voluntária a sua participação.

A entrevista poderá ser individual ou coletiva, conforme combinação com os entrevistados, com uma duração de tempo vinte a quarenta minutos ou de acordo com as manifestações do entrevistado, podendo ser interrompida a qualquer momento.

Será garantido o sigilo de seus dados pessoais e resguardados qualquer dado que possa identificá-lo neste trabalho.

É seu direito retirar-se da pesquisa quando quiser, sem que isto implique em qualquer prejuízo a sua pessoa.

Neste estudo, não estão previstos riscos aos entrevistados, no entanto, caso você se sinta de alguma forma prejudicado em relação ao conteúdo da entrevista, o senhor(a) poderá manifestar seu desconforto em relação ao tema, preferir não responder, ou caso julgue necessário, optar pela não participação nesta pesquisa.

Destacamos neste trabalho, que caso o Senhor.(a) necessite de algum esclarecimento ou deseje não fazer parte do estudo,estarei a sua disposição no telefone (51)84030352 ou se preferir, poderá entrar em contato através do email [simonefri@hotmail.com](mailto:simonefri@hotmail.com).

Os dados desta pesquisa estarão guardados em uma gaveta fechada, localizada na sala dos pesquisadores da Linha de Pesquisa: Estudos Culturais em Educação na Faculdade de Educação-Universidade Federal do Rio Grande do Sul -UFRGS, sob cuidados da professora Nádia Geisa de Souza, durante cinco anos após a realização deste estudo.

A presente autorização inclui tanto a utilização do material das entrevistas, quanto a utilização de imagens.

_____	_____	____/____/____
Assinatura do entrevistado	Nome	data
_____	_____	____/____/____
Assinatura do pesquisador	Nome	data