

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
NÚCLEO EDUCASAÚDE
ESPECIALIZAÇÃO EM EDUCAÇÃO EM SAÚDE MENTAL COLETIVA

Bruna Marques Crixel

Sobre cuidado, ética e autonomia: o morar em serviços residenciais
terapêuticos

Porto Alegre

2016

Bruna Marques Crixel

Sobre cuidado, ética e autonomia: o morar em serviços residenciais
terapêuticos

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado como requisito para
obtenção do título de Especialista em Saúde Mental Coletiva pelo
Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental
Coletiva.

Orientadora: Júlia Dutra Carvalho

Porto Alegre

2016

*Aos que recebem,
Aos que dizem chega,
Aos que ‘botam fé’ em tudo,
Aos que acreditam no fazer,
Aos que problematizam
Aos que veem e ouvem,
Aos que conseguem ir aos porões e voltar,
Aos que lutam constantemente para outras vozes sejam ouvidas...
Muito obrigada pela visita!*

Resumo: O trabalho aqui descrito propõe, a partir do morar um serviço residencial terapêutico, discutir a ética do cuidado em uma casa que é também um serviço de saúde. O relato de experiência é usado como método para trazer as questões vividas na residência em saúde mental coletiva pelo EducaSaude/UFRGS, onde foi realizado o acompanhamento terapêutico de alguém que saiu de um manicômio para morar em um residencial terapêutico. Articulando os relatos com referenciais teóricos, este escrito procura explorar alguns conceitos referentes ao que é morar, as noções de espaço público e privado como fundamentais para entender a relação casa-rua, a micropolítica da casa em um local sujeito a macropolítica do Estado. As reflexões sobre ética e autonomia do usuário/morador perpassam o trabalho com a intenção de colocar constantemente, em forma de indagação, o pensar sobre as práticas cotidianas de cuidado.

Palavras-chave: morar, ética, autonomia, público, privado.

Sumário

Introdução	6
1. Morar, habitar	8
2. Os Espaços de Morar - a política pública dos serviços residenciais terapêuticos	14
2.1. Antecedentes dos Residenciais Terapêuticos: a reforma psiquiátrica	14
2.2. A desinstitucionalização: das possibilidades e das escolhas difíceis.....	15
3 A Singularização do Morar – autonomia e cuidado	20
3.1 O Espaço Público – o que nos é possível.....	27
Conclusão – para seguir pensando	28
Referências	31

Introdução

O escrito aqui anunciado tem como proposta explorar os significados do morar e do habitar discorrendo sobre o estar em uma casa e nela constituir moradia. A inspiração para falar sobre o tema veio de uma experiência que tive no primeiro ano enquanto residente em saúde mental¹, no qual trabalhei em um projeto de desinstitucionalização de moradores de um hospital psiquiátrico do estado. Durante este tempo fiz o acompanhamento terapêutico² com uma pessoa que saiu de anos de internação no manicômio para morar em um residencial terapêutico tipo II³. Assim, pude vivenciar com ela o processo de mudança e as rotinas do residencial.

Os habitantes da casa se dividiam entre os chamados usuários-moradores, que viviam ali 24 horas por dia, e os trabalhadores/cuidadores que eram da equipe técnica que se revezava para auxiliar no cuidado aos moradores. Havia também uma ou duas pessoas dos serviços gerais que, embora tivessem bom vínculo com os moradores e convivessem na casa, mantinham uma relação de trabalho mais distante, como empregados domésticos, não mantendo nenhuma participação nas decisões da casa.

Morar em um local que é ao mesmo tempo casa e serviço de saúde mental coloca este lugar em uma posição de um híbrido, de um lugar no entre. A primeira impressão foi de estranheza por aquele lugar não ser nem o que se espera de um e nem o que se tem como imagem de outro. Minhas questões voltam sempre a minha noção de casa, por não saber o quanto se aproxima da noção de casa das moradoras, ou o quanto elas não são questão para elas.

¹ O Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva acontece pelo Núcleo do EDUCASAÚDE da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS. É uma especialização em serviço na rede de atenção psicossocial e tem caráter multiprofissional.

² Acompanhamento Terapêutico – AT é uma prática onde o acompanhante tem a possibilidade de circular com a pessoa acompanhada pela cidade visando a construção de sua autonomia. Há vasta literatura sobre experiências de AT, para mais informações ver as obras de autores como Analice Palombini, Maurício Castejón Hermann, Reis Neto, Ana Pitia, Fabio Araújo, Carol Veiga Cabral, Equipe de acompanhantes terapêuticos do hospital-dia A Casa.

³ Os serviços residências terapêuticas tipo II são modalidades de moradia destinadas a pessoas com transtorno mental e acentuado nível de dependência, especialmente física, que necessitam de cuidados permanentes. Ver: Portaria nº 3.090, de dezembro de 2011.

Neste sentido, alguns detalhes chamam a atenção. Um deles diz respeito a posse da chave da casa. Quem tinha a chave, com exceção de uma moradora, eram os cuidadores/trabalhadores. Questiono, então, dois pontos: meu olhar de estranheza com uma casa que parece uma casa, mas não sei se é mesmo, e o quanto de poder de decisão os moradores têm possibilidades de exercer dentro deste espaço. Olhando este cenário como alguém que veio de fora este segundo ponto é o que mais me toma o pensamento. Percebi que as pessoas que não viviam no residencial terapêutico decidiam muitos detalhes sobre como deveria se organizar a casa. Isto instiga a reflexão sobre como se dá esta negociação das decisões, entre trabalhadores e usuários, e como esta dinâmica acontece em uma casa de Estado, bancada por esse, onde a gestão macropolítica incide diretamente na gestão da micropolítica cotidiana.

Ao mesmo tempo, questiono esta noção de casa que vem colada comigo como um lugar onde posso escolher quem me invade, sendo o espaço fora da morada um lugar onde estou um tanto a mercê de qualquer intempérie, do que pode me alegrar ou me roubar à alegria, do que vai me mobilizar sem eu querer. Estas inquietações surgiram ao me deparar em muitos momentos com a tomada de decisão sobre a rotina que partia preponderantemente dos cuidadores. As moradoras (eram todas mulheres) acabavam em um papel secundário de decisão sobre as rotinas. Ao observar uma casa, a partir do morar que existe ali, pergunto-me o que é acompanhar alguém em seu lar? O que é conviver quando se está na casa do outro? Afinal, quem é que decide no residencial? Para quem se destina esta casa?

Para iniciar este percurso, lanço algumas reflexões, tentando esmiuçar os sentidos dos termos aqui colocados como morar, habitar e casa. Nesse caminho, o comentário capcioso de uma colega coloca-me uma questão que, ao mesmo tempo, amplia as possibilidades de explorar o tema e dificulta o meu trabalho em conseguir dar profundidade ao(s) significado(s) da palavra morar. *“Mas morar não é necessariamente em uma casa”*. Então, onde se mora? O que é preciso para um lugar ser morada? É preciso *um* lugar, *o* lugar? O que é mesmo morar? Quem decide onde e como se mora? A partir da noção moderna de casa, partindo do privado, mas trazendo sua relação com o domínio público, é que vamos nos debruçar sobre o cotidiano no residencial.

No um segundo capítulo, faço uma breve retomada dos processos históricos da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial a fim de visualizarmos um pouco quais as premissas do projeto do qual participei. O projeto de desinstitucionalização foi necessário pela

existência ainda hoje de pessoas vivendo em hospitais psiquiátricos, logo, ele se alinha a uma posição antimanicomial. Deste pressuposto parte o recorte de experiência da inserção neste projeto e como aconteciam os processos de desinternação desde o aluguel das casas, da adaptação deste lugares até a escolha de quem vai morar nas casas. A problematização ocorre neste ponto da escolha e do que é prioridade, o morador ou o “fazer acontecer” o projeto. A posição militante entra como um elemento a mais, dando caldo a mais problematizações sobre o nosso lugar de militantes da reforma psiquiátrica.

A ampliação da noção de que casa, para além do que corresponde à estrutura concreta, arquitetônica, nos abre a possibilidade de pensar a casa como um lugar, sobretudo, de referência subjetiva onde é possível construir (lugar de) moradia. Para tanto, é necessário auxiliar na construção da autonomia o usuário, pois para haver morada é preciso apropriar-se de sua nova condição como morador de uma cidade na qual pode circular. Só é capaz de apropriar-se de seu território quem consegue colocar seus desejos diante da vida e dos outros, sendo escutado e reconhecido nas relações que estabelece. A relação entre os cuidadores e moradores desenha o cenário para pensarmos nestas questões.

O lugar de circulação e de consumo na cidade também entra em pauta para pensarmos qual o lugar de sujeito político tem-se podido ocupar. Do lugar da casa abre-se para público, já que os residenciais terapêuticos estão neste lugar entre o público e o privado. Por fim, recuperamos a problemática da autonomia que nos acompanha durante todo o percurso para costurá-la com nossas reflexões éticas.

O desafio em se trabalhar com esta abertura na concepção de uma moradia é encontrar conceitos que sirvam para falar das experiências vividas de maneira a dar consistência à escrita. Assim, faremos esse percurso explorando algumas palavras-chave e trazendo alguns recortes de histórias vividas.

1. Morar, habitar

Segundo o dicionário da língua portuguesa⁴, a palavra morar vem do latim *morari* e possui alguns sentidos como o de residir, habitar um local, uma cidade, uma casa. Morar também significa viver de algum modo (só ou acompanhado), existir, permanecer ou

⁴ Dicionário Online Michaelis em: <http://michaelis.uol.com.br/>

encontrar-se em algum lugar. Seu terceiro significado principal é ter residência em algum lugar. Já a palavra habitar vem do latim *habitare* e possui basicamente dois significados diferentes, um se refere a residir, morar em algum lugar, coabitar (habitar com alguém) e o outro a povoar, que pode se referir a fixação de pessoas em uma área e também a encher ou estar cheio de algo.

A casa, palavra de muitos significados, vem do latim *casa*, e é o nome comum dado a todas as construções destinadas a moradia. Significa também um estabelecimento, que pode ser uma firma comercial, industrial ou uma repartição pública. Denomina o sobrenome e a tradição de uma família, assim como denomina os botões de uma peça de vestuário, as divisões do braço de um violão ou o lugar ocupado por um algarismo em relação a outros do mesmo número. Casa também é, com relação à idade das pessoas, década seguinte ao número de anos de alguém, por exemplo, estar na casa dos 20 anos.

A moradia, partindo de uma ideia de senso comum, remete a um lugar íntimo, privado, protegido de pessoas ou assuntos externos a certo núcleo. A rua, por outro lado, é tomada como um espaço de todos, mas também de ninguém, de certo perigo e de certa invasão desta intimidade, reforçando assim a ideia do lugar de proteção que a casa ocupa. A rua é um golpe no controle quando se toma a casa desta maneira, pois estamos fora do nosso núcleo de pessoas íntimas. Porém, a noção de casa, de intimidade e privacidade que temos até hoje surgiu em determinada época e foi construída ao longo do tempo, portanto, não são conceitos universais e atemporais, transitam tanto quanto as noções de subjetividade. Assim como o surgimento da infância e da família nuclear remete a Modernidade e tomou corpo ao longo dos séculos, a casa foi se transformando neste lugar de privacidade e proteção também ao longo dos séculos.

As noções de intimidade e privacidade estão ligadas ao que era o domínio da casa na antiguidade grega e romana segundo Arendt (1958, p.33)⁵. O domínio da casa, da esfera privada, se atrelava muito às necessidades de sobrevivência (Arendt, p.36) e era tido como fator limitador do exercício da cidadania, ao exercício da vida pública. Alguém que precisasse dedicar-se muito ao seu sustento e aos domínios de sua casa era considerado cerceado em sua liberdade. Para ser cidadão, a liberdade que o homem necessitava para exercer a política na polis era de suma importância. Era preciso tempo para o domínio

⁵ ARENDT, H. 1958. Os domínios público e privado. Em: A Condição Humana. p. 26 a 96.

público. Esse tempo era uma disputa com a “casa” e aquilo que reverberava dela, como a administração dos bens, dos negócios, da família.

O privado, por outro lado, vem de privativo e ser privado aqui é estar privado:

[...] do fato de ser visto e ouvido por outros, privado de uma ligação “objetiva” com eles decorrente do fato de ligar-se e desligar-se deles mediante um mundo comum de coisas, e privado da possibilidade de realizar algo mais permanente que a própria vida (ARENDDT, 1958, p 71.).

O homem privado é um homem que não aparece, que não é visto e ouvido pelos outros. Outros estes que habitam o espaço comum e podem reconhecê-lo no espaço público da polis, que é o espaço da política, de ser visto e ouvido, de ver e ouvir. O domínio público, segundo a mesma autora, é o lugar onde os homens tem a possibilidade de efetuarem um grande feito, de serem, em suas palavras, extraordinários⁶. Vivemos diante da certeza que nossa estadia na Terra dura somente o tempo curto de uma vida, que o mundo existia antes de nós e continuará depois de nós sem que nossa vida necessariamente mude muito o curso das coisas. Então, a possibilidade de fazer um grande feito, ser reconhecido pelos outros e lembrado depois de deixarmos a vida é como conquistar um pedaço de eternidade⁷.

O espaço público, portanto, possibilita aos homens serem lembrados por estes feitos, pois na vida privada há a impossibilidade de ser lembrado para além dos membros de sua família. A vida dos escravos⁸, por exemplo, não tinha nada a ver com a polis, mesmo que alguns escravos fossem prósperos economicamente ou muito cultos. Na vida de um escravo não existia relação com o exercício da política⁹. Esta é uma informação importante na medida em que hoje privado e riqueza são palavras usadas como complementares, o que não se equipara ao seu uso na Antiguidade tanto grega quanto romana. Riqueza pessoal não correspondia a maior participação política, como atualmente parece corresponder.

Nota-se que as esferas do público e do privado são dependentes uma da existência da outra, pois sem um espaço privativo onde se é soberano para decidir e cuidar dos meios de

⁶ ARENDT, H. Os domínios público e privado. Em: A Condição Humana. p. 26 a 97.

⁷ ARENDT, H. Os domínios público e privado. Em: A Condição Humana. p. 26 a 97.

⁸ A referência é sobre os escravos gregos e romanos. Ver: ARENDT, H. A Condição Humana. p. 72 e 73.

⁹ ARENDT, H. A Condição Humana. p. 73

sobrevivência é impossível habitar a esfera pública. Como vimos, a vida pública na Grécia Antiga tinha um valor importante naquela sociedade, enquanto a vida privada era um âmbito de menos valor e em Roma o privado era necessário para manter certo equilíbrio na vida, tinha seu valor, ainda que complementar da vida pública.

Um marcador histórico importante, pelo menos no recorte de realidade europeu e ocidental com a qual estamos trabalhando e de onde herdamos referências culturais importantes, foi a expansão do Cristianismo. Nesta doutrina, o espaço privado passou a tomar proporções enormes, a ponto de quase extinguir a vida pública. A política tornou-se um ônus reservado a alguns que abdicavam do ócio e da vida contemplativa para fazer a caridade de pensar no bem-estar e salvação dos demais (ARENDDT, 1958, p.73). A política não era mais um exercício dos cidadãos da polis, mas o dever de alguns que faziam o sacrifício de abdicar do seu tempo para pensar e decidir sobre a vida do coletivo. Aos demais, cada um deveria cuidar dos seus afazeres e procurar ter uma vida tranquila. Foi o começo de um processo de virada na noção de vida privada e pública que como consequência teve o movimento de que se voltasse cada vez mais para os assuntos da casa, do lar e da família. Fez-se desta casa um lugar protegido e de pouca penetração externa. As coisas da rua aos poucos foram sendo consideradas mundanas e sem muito valor. O olhar para a casa se modifica.

A Modernidade trouxe outro paradigma para o modo de vida e compreensão de mundo. A mudança da vida voltada para Deus para uma vida em que o homem é a medida das coisas e através da racionalidade chegará ao conhecimento da verdade traz uma nova gama de conceitos sobre a vida dos homens. Juremir Machado da Silva (2014)¹⁰ ao falar do pensamento pós-moderno, traz alguns pontos sobre as ideias fundamentais da Modernidade. Segundo ele, a modernidade e seus pensadores construíram a ideia de que existe uma verdade universal e atemporal que pode ser alcançada através do conhecimento, do progresso, da razão e que estas descobertas levariam a uma evolução linear para um futuro melhor (e utópico). Daria para pensar a Modernidade como um período em que a ideia de verdade universal era o discurso dominante. Podemos concluir, a partir das observações acima citadas, que os modos de viver e morar também estavam inclinados a uma perspectiva única nesta época. O surgimento da reforma protestante traz elementos importantes ao modificar a perspectiva católica que indicava aos cristãos a prometida recompensa, nossa salvação após a morte. O protestantismo pregava algo muito diverso, afirmando que “Deus” nos recompensa em vida

¹⁰ Palestra do programa “Café Filosófico” disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=Q0M09nVfBm0>

conforme fazemos por merecer. O trabalho duro e a disciplina colocam outro modo de viver onde a vigia sobre a própria moralidade é constante. Jesse de Souza (2009, p. 113) fala:

É por conta dessa “revolução” nos valores que passam a ser considerados mais importantes que se permite transformar o “trabalho” produtivo e útil no valor maior desse tipo de sociedade. (SOUZA, 2009, p. 113)

Sobre o mundo comum dos homens, Arendt (1958, p. 61) fala que a presença de outros que compartilham o que vemos e ouvimos constitui o que nos é comum, constitui uma realidade em comum, porém, os que constituem este espaço não partem todos da mesma posição. O espaço público abriga a diversidade de posições e confere a cada um o direito a escuta do seu ponto de vista sobre a realidade em comum. Ou seja, a importância de ser visto e ouvido, que ocorre no domínio público, onde todos habitam o comum, é que ninguém vê e ouve sob a mesma perspectiva (ARENDRT, 1958, pág. 70), portanto, não poderia haver na vida pública uma verdade universal sobre o que se vê e ouve. A mesma autora faz a relação do “encantamento moderno com as pequenas coisas” com o esvaziamento da vida pública que ocorre na era Moderna, do esvaziamento da multiplicidade de posicionamentos e da falta de espaço para que tal debate ocorra, com o alargamento da vida privada e inúmeras tentativas de dar mais sentido a esta esfera da vida, já que se torna quase única.

Arendt (1958, pág.46) descreve o aparecimento do social, que concerne à administração do lar, seus problemas e dispositivos organizacionais, da esfera privada para a pública como um acontecimento que tornou obscura a fronteira entre ambos. O advento do social empobrece a vida pública tanto quanto a vida privada, pois transforma o interesse privado pela propriedade privada em uma preocupação pública (ARENDRT, pág. 79). A questão do protestantismo e seus valores morais de trabalho duro para alcançar o que merece pode casar muito bem com a questão do capital, visto que é útil formar um corpo trabalhador produtivo e disciplinado por ‘virtude’ própria. Novamente Souza (2009, p. 114) nos auxilia a pensar quando coloca que além dos valores do trabalho nossa sociedade, Ocidental, inventou outros. O expressionismo ‘*propõe novos valores como regra de conduta, fonte de admiração, respeito, autoestima e reconhecimento social*’ (SOUZA, 2009, p. 114) onde cada um pode viver de acordo com sua personalidade e ter o direito de expressar suas próprias virtudes de maneira singular. Parece mostrar-se como contraponto aos valores protestantes, mas acabam complementando-o quando torna a questão da virtude e dos valores morais em

características totalmente individuais e “originais”. Além de potenciais consumidores dos estilos de vida que expressem essa “originalidade”, que o mercado sempre tem para oferecer (“Você tem seu estilo a loja tal tem todos! - ”), estes trabalhadores exigirão que seus bens, suas propriedades tão duramente conquistadas esteja livre de ameaças e interesses de outros. A sociedade moderna torna-se uma organização de proprietários que exigem proteção para acumular mais riqueza. Assim, o domínio privado passa a ser o da propriedade e riqueza privada, e o empenho em fazer crescer o seu acúmulo. O interesse público passa a ser o de proteger a propriedade privada.

Certeau, CERTEAU, Michel; GIARD, Luce; MAYOL, Pierre (2011, pág. 206) encontra a autora neste mesmo pensamento quando fala da uniformização crescente do ambiente exterior a casa, dos locais da cidade, e do conseqüente esvaziamento do espaço público para a atividade política. Torna-se assim maior o investimento no privado como algo caro e importante e, sobretudo, protegido dos medos reais ou imaginários da rua. O privado seria como uma cidade ideal onde todas as pessoas são amadas, as ruas são seguras e toda a arquitetura é possível de ser modificada (CERTEAU; GIARD; MAYOL, 2011 p. 207). Esta idealização vem com a rua como contraponto, um lugar mais hostil e perigoso, onde se circula, mas não se habita. A importância de preencher estes recintos privados com objetos que sejam significativos vem na tentativa de encher de sentidos e dar consistência, material e afetiva, a ele, já que a área pública não mais oportuniza esta possibilidade.

O habitat, a casa, portanto, vai se caracterizando de acordo com quem a habita, mesmo que pela disposição dos móveis, dos objetos que compõem o espaço, é possível conhecer um pouco do seu morador e suas aspirações. Certeau, Giard e Mayol (2011, pág. 204)¹¹ diz da ocupação da casa que:

Indiscreto, o habitat confessa sem disfarce o nível de renda e as ambições sociais de seus ocupantes. Tudo nele fala sempre e muito: sua situação na cidade, a arquitetura do imóvel, a disposição das peças, o equipamento de conforto, o estado de manutenção. (CERTEAU; GIARD; MAYOL, 2011, pág. 204).

Portanto, ao falar da centralidade do privado na vida e de como a casa vira o lugar onde se constroem as marcas de seus moradores, falamos de um espaço de criação de

¹¹ Certeau, M; GIARD, L.; MAYOL, P. (2011) A Invenção do Cotidiano – 2. Morar, cozinhar.

sentidos. Esta casa da qual estamos falando pode ser qualquer casa, nela cabe os sentidos de quem a habita, território dos gestos repetitivos, mas nunca os mesmos.

O que colocamos em pauta é uma reflexão ética sobre o morar e, sua inevitável relação com a autonomia. Morar nesta casa que é do Estado, que é frequentada por outros que não os moradores, por profissionais. A reflexão sobre a ética do cuidado na moradia do outro convoca, sobretudo, os profissionais envolvidos em saúde mental, mas coloca questões para qualquer um que se proponha a pensar como estamos vivendo neste tempo histórico e político. Falar sobre os residenciais terapêuticos é falar de como moramos hoje, como usamos a casa, a rua e como fazemos política. Assim sendo, estamos dizendo em como lidamos com a diversidade da vida, das singularidades, como oportunizamos o acesso a um lugar no mundo, que nos dá direito a histórias, a memórias. Não nos esquecemos de que só há esta problemática, este trabalho inclusive, pelo motivo de um dia ter havido o manicômio e por ele ainda resistir.

2. Os Espaços de Morar - a política pública dos serviços residenciais terapêuticos

‘Era uma casa muito engraçada, não tinha teto, não tinha nada...’¹²

Interessa saber como estão se constituindo as políticas públicas habitacionais no Brasil para a população que passou por longos períodos de internação em hospitais psiquiátricos. Situando, então, a experiência de acompanhar alguém que passou a viver em um residencial terapêutico, proponho pensarmos a partir dela.

2.1. Antecedentes dos Residenciais Terapêuticos: a reforma psiquiátrica

Não poderíamos iniciar a discussão sem resgatar um pouco da história do movimento da reforma psiquiátrica que precedeu o surgimento dos residenciais terapêuticos e possibilitou o cenário que inspirou este texto. Os primeiros movimentos sociais a contestar os manicômios e os tratamentos até então direcionados aos doentes mentais começaram na Europa no período pós-segunda guerra mundial, (DESVIAT, 1999, p. 23). Nos anos 60 e 70, intensificaram-se

¹² Parte da música popular brasileira do poeta e compositor Vinícius de Moraes escrita em 1980.

em boa parte do mundo ocidental movimentos de contestação do status social, cultural, científico, religioso e econômico que estavam vigentes, e foi inevitável que se somasse a esta onda de questionamentos os paradigmas psiquiátricos e de saúde estabelecidos. O Brasil também foi afetado por estas revoluções culturais e sociais. No país o movimento pela reforma psiquiátrica encontrou-se com outros movimentos como o da reforma sanitária e dos trabalhadores de saúde mental que, nos anos 80, iriam desembocar no surgimento do Sistema Único de Saúde¹³, um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo que, segundo Amarante (1995, p. 88) marca historicamente o começo do processo da reforma no país.

O movimento de reforma psiquiátrica abarca uma série de diferentes correntes que vão desde reivindicações pelo melhor tratamento destinado aos pacientes e de uma reforma da psiquiatria (fazendo jus ao nome), sem questionar diretamente os manicômios, até os movimentos de luta antimanicomial que em sua radicalidade querem o fim das instituições de tratamento asilar e defendem o cuidado o mais comunitário possível (DESVIAT, 1998, p. 24). Alinhado a este último que se trata a experiência aqui descrita.

O processo de desinstitucionalização diz respeito tanto a desinternação ou saída da instituição como também a todo um processo de construção de uma vida fora dos muros, na cidade. Este processo requer uma contrapartida material em termos de moradia e assistência (saúde, renda...) para que de fato alguém consiga sair e viver fora de um manicômio, hospital de custódia, prisão, etc. Os residenciais terapêuticos, portanto, se constituem como um dispositivo que faz parte da política da saúde mental e é voltado, especificamente, para uma parcela da população com longos períodos de internação que agora, sem familiares ou referências fora do manicômio, precisam de um lugar para viver. No Brasil, a primeira portaria que regulamenta os SRT saiu em 2000, antes da Lei 10.216, chamada Lei da Reforma Psiquiátrica. Posteriormente, surgiu o Programa de Volta Pra Casa, em 2003, e uma nova portaria, nº 3.090, de dezembro de 2011, institui o modelo no qual os residenciais se organizam até hoje.

2.2. A desinstitucionalização: das possibilidades e das escolhas difíceis

A experiência de acompanhar um projeto de desinstitucionalização possibilitou ver quais os percursos da saída do manicômio até o residencial. Faço um recorte do que vivi em

¹³ SUS, ver lei 8.080 de 1990.

um determinado período, que não ultrapassou um ano. Nesse sentido, não caberia falar de todo o projeto nem de uma história progressa que não conheci. O que procuro mostrar desta experiência são as etapas de uma das várias frentes de atuação da equipe que o compunha, pois é a que me envolveu mais neste período em que participei. O que coloco aqui são questões éticas do dia a dia deste trabalho, que são extremamente importantes, mas não explicam tudo e nem tiram a relevância do projeto frente a qualquer apontamento crítico. Ao contrário, são críticas a partir da vivência orgânica nesta equipe, vão ao encontro de construir as práticas de desinstitucionalização pela retomada de questões éticas.

O desafio de montar um SRT começa em conseguir o espaço físico para o residencial, o que geralmente acontece via aluguel, como no caso dos residenciais que conheci e dos processos de abertura de novos residenciais que acompanhei. O aluguel de uma casa não era tarefa fácil, visto que o preço tendia a aumentar quando os proprietários ficavam sabendo que seria o Estado o pagador, além de ser considerado um negócio pouco vantajoso para os proprietários, visto a dificuldade e as negativas que se enfrentava para ter o aceite. Isto acontece de modo simultâneo a escolha de uma casa que seja espaçosa, que possa abrigar até dez pessoas e que exija o mínimo de adaptações e reformas, o que diminui o escopo de casas nessas condições.

A segunda etapa, que está relacionada com a primeira, é a decisão de quem vai sair do manicômio. Partindo do pressuposto de que os residenciais são para as pessoas que não podem voltar para suas famílias de origem, seja o motivo que for¹⁴, e ainda não estão preparadas ou não gostariam de morar sozinhas, deparamo-nos com a difícil questão de por quem começar, pois a população residual do manicômio que conheci está justamente nesta situação. A escolha do espaço físico e a escolha dos moradores se encontram no momento em que é preciso administrar os recursos com as necessidades dos moradores. A maioria da população hoje institucionalizada em hospitais psiquiátricos é idosa e muitas possuem limitações físicas importantes, como a condição de cadeirante ou dificuldade de locomoção e mobilidade. O Estatuto do Idoso (2012)¹⁵ e o Estatuto da Pessoa com Deficiência (2015)¹⁶

¹⁴ As causas da impossibilidade delas viverem sozinhas geralmente são várias o abandono da família com ruptura de laços e contatos afetivos, muitos anos de institucionalização que exigirão reaprender a organizar desde as tarefas mais básicas do dia a dia até relacionarem-se com outras pessoas, alguns tem medo de como vai ser a vida fora dos muros do manicômio. Uma moradia assistida costuma ser uma saída inicial para estes casos.

¹⁵ Capítulo IX, Artigo 37 e 38 na Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003.

dispõem sobre a necessidade da habitação destinada a estas populações serem isentas de barreiras arquitetônicas que dificultem ou impeçam a locomoção. Ambos frisam que as habitações subsidiadas com dinheiro público devem estar arquitetonicamente preparadas para atender às necessidades de seus moradores e garantir sua segurança. Diante destas diretrizes, são fundamentais casas adaptadas com portas largas, barras de apoio no banheiro, ausências de escadas e degraus, ou seja, condições que não encontramos facilmente em qualquer imóvel para alugar e cuja reforma acarreta mais custos e um tempo maior de espera.

A equipe responsável pela gestão dos processos de saída dos moradores do manicômio para os residenciais era formada por trabalhadores admitidos através de contrato e de funcionários públicos do próprio manicômio que se interessavam pelo projeto. Os profissionais que trabalhavam nas casas como cuidadores eram em parte admitidos através de um contrato emergencial com o estado e outros eram funcionários públicos que se interessaram em mudar o local e o modo de trabalhar. Estas informações são importantes para o melhor entendimento do processo e serão retomadas mais adiante.

O gerenciamento de todos estes fatores acaba influenciando na escolha dos moradores à medida que se convida primeiro os mais independentes em termos de mobilidade e de cuidados com sua própria higiene, aqueles moradores que não dependem de outras pessoas para carregá-los e nem de espaços adaptados para a sua circulação. O quadro geral se dividia entre trabalhadores concursados na esfera estadual, que a princípio trabalhavam no manicômio e se interessaram por trabalhar fora dele, e por profissionais admitidos através de contrato emergencial. Não havia trabalhadores suficientes para fazer as escalas com tranquilidade e a instabilidade dos contratos e de sua possível renovação tornava o planejamento mais difícil. Tudo isso incide na formação de um corpo trabalhador com pouca autonomia e inseguro. Como pode este mesmo trabalhador ter condições de construir com o morador a sua autonomia se nem a permanência deste profissional está assegurado? Como pode ele construir vínculo nesta situação?

Presenciei acontecer de se dar a prioridade da mudança para um SRT a moradores que estavam em condições de habitar a casa que se conseguiu alugar em detrimento de outros moradores que já haviam manifestado desejo ou até mesmo pedido para sair do manicômio. A equipe lembrava-se dos pedidos que ouviu e, justamente por isso, as discussões em torno dos

¹⁶ Capítulo I, Artigo 3º e Capítulo V, Artigo 31 ao 33 todos na Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015.

nomes de quem iria sair eram sempre tensas e com certa tristeza que se misturava ao entusiasmo de acompanhar novas desinstitucionalizações. Não era possível a mudança de todos, não era possível esquecer um pedido de saída que não era viável, mas era desejado. Este é um ponto delicado, pois ao tomarmos como segunda ou terceira opção o desejo do sujeito porque não temos condições de bancar uma estrutura que possa acolhê-lo, precisamos nos perguntar se estamos conseguindo de fato desinstitucionalizar estas pessoas já que não garantimos que seu desejo seja levado em conta nem na hora da desospitalização. Em termos de gestão e recursos para uma política pública deste porte, compreendo as dificuldades e que se pensa sempre em um padrão para poder ofertar e é preciso pensar em logística de recursos.

O trabalho de dissertação na área de arquitetura de Ana Viecelli (2014)¹⁷ explora justamente os espaços físicos dos lugares destinados aos loucos em nossa sociedade. Ela retoma a ideia original dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS¹⁸ que foram pensados para ser como uma casa na tentativa de fazer referência a um lugar de acolhimento, familiar, longe das arquiteturas monumentais dos grandes hospícios, buscando desfazer a imagem dos lugares da loucura como incomuns, segregados, burocratizados (VIECELLI, 2014, p. 144). Ao analisar o espaço físico de um CAPS, ela observa que apesar de ter sido idealizada para ser aconchegante e receptiva, a casa tinha alguns ambientes de aspectos sombrios. Como muitos outros serviços de saúde, foi um lugar adaptado para receber muito mais pessoas que uma casa comum receberia, não foi planejado e nem construído como um serviço com receptividade de casa. Suas reflexões vão ao encontro do que citamos acima sobre as pessoas terem que se adaptar à arquitetura da casa e não o contrário. Contudo, na perspectiva do sujeito e sua vida, do reconhecimento dele enquanto desejante, do resgate de uma vida em comunidade, é desastroso que não possamos garantir que ele habite uma casa singularizada, adaptada a ele e não o contrário.

Contudo, na perspectiva do sujeito e sua vida, do reconhecimento dele enquanto desejante, do resgate de uma vida em comunidade, é desastroso que não possamos garantir que ele habite uma casa singularizada, adaptada a ele e não o contrário. Eis uma questão que

¹⁷ VIECELLI, Ana Paula. **Lugares da Loucura** – arquitetura e cidade no encontro com a diferença. Porto Alegre: UFRGS, 2014.

¹⁸ OS CAPS são serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) abertos que prestam atenção diária para pessoas com transtornos mentais e/ou problemas devido ao abuso e dependência de drogas, podem funcionar em horário comercial ou 24 horas. Ver: Lei Federal 10.216 de 2001 e Portaria nº 3.088/GM, de 23 de 2011.

não podemos deixar de colocar e de tensionar, pois estamos antes de tudo em um campo de disputa por um cuidado em liberdade, que é longe de ser um consenso na sociedade brasileira. Diante das dificuldades em ter os recursos necessários para a implantação de um residencial, da pressão para que o projeto se concretizasse, visto que, o dinheiro tem um tempo para ser utilizado e pode ser retirado pelo próximo governo, e a angústia em retirar “pelo menos alguns” do manicômio, o desespero por vezes assume o comando. As casas teriam que sair a qualquer custo e, logo, os moradores teriam que sair... A qualquer custo?

Qualquer política para manter-se precisa de boa dose de institucionalização, assim, a política de saúde mental baseada no movimento antimanicomial também foi se tornando uma política instituída à medida que ganhava aceitação e recursos. Ainda que, sabemos ser uma política em disputa, este grau de institucionalização pode nos fazer idealizar os meios pelos quais ela se fez possível, como o Estado e o CAPS (VASCONCELOS; PAULON, 2014, p. 230). Poderíamos colocar aqui o residencial terapêutico como mais um local idealizado onde estaríamos livres de um modelo de cuidado asilar. Nesta idealização de que o residencial vai ser o grande responsável pela volta das pessoas ao espaço social, atropelam-se os processos dos sujeitos destas políticas. Será que não estamos esquecendo de ver como fazemos esta desinstitucionalização para simplesmente fazê-la de qualquer jeito? Os fins justificam os meios neste caso? Se deixarmos de levar em conta a voz e as escolhas dos usuários/moradores para fazer acontecer a reforma, o processo de ocupação dos residenciais, não estamos subvertendo a lógica que se diz não manicomial? Será que não é reduzir a desinstitucionalização a apenas uma mudança de local? Será que não é uma mudança apenas de local?

Alfredo Veiga-Neto (2012) ao usar a metáfora da casa, que nos é pertinente, para exemplificar a necessidade de irmos a fundo às concepções epistemológicas e éticas que sustentam nossas ações também nos alerta sobre a militância. Ele diferencia militância e ativismo¹⁹ colocando em questão o quanto a militância não abre espaço para questionamentos, seu ideário já vem de antes e foi traçado por outros. Em um trecho sobre esta sua argumentação, diz:

¹⁹ O autor faz uma diferenciação entre militância e ativismo em que o segundo termo corresponde a uma prática mais porosa e de reflexão constante. Não entramos no mérito desta classificação, visto que, não há um completo acordo de nossa parte com a substituição dos termos. Ativismo nos parece um conceito ainda pouco palpável, por vezes, usados em posições bastante neoliberais em meios de comunicação e no jargão popular.

Não cabe aos militantes ficarem questionando continuamente o ideário que norteia suas ações; eles devem é seguir, junto com seus pares, as ações e os preceitos já desenhados por alguns poucos. Sendo assim, no limite, a prática militante faz um uso de segunda mão da teoria. (VEIGA-NETO, 2012, p. 273)

Pensando na questão que ele nos traz, precisamos olhar com cuidado para nossa militância enquanto repetidores de um “cumpra-se” a qualquer custo, correndo o risco de, inclusive, trair as bases ideológicas de nossa própria militância. Ao trabalharmos a partir de uma lógica antimanicomial, a maneira como fazemos o processo de desinstitucionalização é fundamental para torná-la possível, ao contrário, estamos apenas desospitalizando.

3 A Singularização do Morar – autonomia e cuidado

‘[...] se nos perguntassem qual o benefício mais precioso da casa, diríamos: a casa abriga o devaneio, a casa protege o sonhador, a casa permite sonhar em paz.’²⁰

Os residenciais terapêuticos que conheci eram casas muito arrumadas, com cheiro de bolo caseiro na hora do café, lareira e enfeites de natal em dezembro. Sim, era uma casa na noção mais comum de casa, marcada pelas rotinas fixas e onde se comemorava as datas festivas consideradas mais importantes, o que não a tornava diferente de qualquer outra casa ao primeiro olhar. Mas havia a hora do café, a banana cortada e servida em potes de plástico, como nas escolas, e mesmo com o reconhecimento de gostos individuais havia uma organização que lembrava outro lugar que não uma casa, pois eu ficava pensando que em muitas casas nem todos comem na mesma hora ou fazem tudo juntos. Em muitas casas, as que não possuem empregados domésticos, são seus moradores que cozinham, lavam, passam e fazem bagunça (coisa que pouco vi).

Os cuidadores que ali trabalhavam faziam parte desta casa, mas, assim como eu, também traziam consigo uma noção enquadrada do que é uma casa, e mais: detinham o poder de estabelecer as rotinas de acordo com o que esperavam de uma casa o mais “normal” possível. E neste jogo de poder, questiono como ficam os moradores, pois mesmo que todos

²⁰ BACHELARD, Gaston. (2008). A poética do espaço, p. 26.

constituam a casa, o espaço foi pensado para os moradores que de fato não tem outro lugar para onde ir, diferente dos trabalhadores que possuem suas próprias casas. Considerando esta diferença, o morador é que tem prioridade nesta casa e deveria ter um amplo poder de gerenciamento desta, mas não é bem assim que acontece. Há uma disparidade do poder de decisão sobre a casa em que os moradores estão em desvantagem. Este é justamente o ponto espinhoso e delicado deste trabalho, pois gera questões acerca da ética do cuidado e de como estamos proporcionando um espaço de moradia que desenvolva a autonomia. Para explicar melhor este ponto é necessário contar um pouco da experiência pela qual passei como acompanhante terapêutico de uma mulher que esteve mais de cinquenta anos internada em um hospital psiquiátrico e foi morar em um residencial terapêutico.

Comecei a acompanhá-la ainda no hospital. A conheci quando saía do prédio em que ficava o setor em que eu estava trabalhando e Maria²¹ estava sempre sentada no banco em frente à porta pedindo dinheiro aos passantes. Iniciei algumas interações com ela, algumas vezes dei moedas, outras vezes não dei, comecei a perguntar outras coisas (e ignorar um pouco a insistência no pedido de dinheiro), queria saber se ela tinha almoçado, se estava bem, e ela começou a responder. Surgiu em reunião a ideia de investir na saída dela, eu me dispus a este Acompanhamento Terapêutico. Estava de acordo com inclinações minhas e ela demonstrava uma abertura para a aproximação. O AT iniciou com conversas no banco, propus de vir um dia fixo toda semana conversar com ela. Acabava fazendo mais de um momento de conversa por semana, pois ela estava sempre lá. Maria gostava de fumar cigarros, geralmente palheiro, enrolados em qualquer papel, mas também apreciava charutos. Durante seus quase 50 anos de manicômio, eles foram sua companhia e serviam como moeda de troca por outros produtos e às vezes como presente para demonstrar o carinho pelas pessoas mais chegadas. Inclusive a mim, foi oferecido cigarro quando estava em uma roda com outras colegas dela. Em outros momentos, a vi esconder o cigarro de uma moradora da qual ela não gostava, como se estivesse com medo de que ela o roubasse. Ao perceber que, em outro momento, ela ofertou seu cigarro a uma moradora a quem ela chamava por um apelido e expressava carinho. Percebi aos poucos que o cigarro tinha um valor de oferta de afeto para ela, que pouco conseguia expressar em palavras o que sentia e pensava. O cigarro neste caso toma dimensão do que Scarcelli (2006, p. 78) chama de objeto biográfico, que são objetos pessoais,

²¹ O nome original foi substituído por um fictício.

geralmente de uso cotidiano, que carregam consigo valores afetivos e uma história da pessoa que o porta. Poucos objetos sobrevivem aos anos de manicômio, pois nos anos de internação não há espaço para história e a memória da vida pregressa. Objetos mais efêmeros como o cigarro podem se tornar os únicos a carregar alguma marca da singularidade da pessoa já que fez parte da história das relações que ela conseguiu criar e da maneira como ela pode expressar carinho pelos poucos amigos que fez.

Quando esta senhora foi morar no residencial terapêutico, seu hábito de fumar permaneceu o mesmo. Porém, os trabalhadores da casa, preocupados com a saúde das moradoras, que eram idosas, e na impossibilidade de extinguir o consumo de cigarros, tentaram uma diminuição do uso. As negociações com as moradoras foram feitas com argumentos em defesa da saúde e bem-estar das mesmas, enfatizando a asma de uma a hipertensão de outra e a idade avançada de todas. As moradoras entenderam estas diminuições, algumas com mais outras menos dificuldades. Para Maria as restrições ao seu cigarrinho, como costumava chamar, não foram aceitas tão facilmente.

Para um melhor entendimento desta situação, é necessário explicar que os cigarros, assim como os isqueiros e outros insumos como esmalte e algodão ficavam em um espaço que era “dos técnicos”. Os esmaltes e kits de fazer as unhas, por exemplo, ficava em uma cômoda de gavetas abertas à disposição de quem quisesse pegar, mas os cigarros e o dinheiro ficavam em um armário que somente os técnicos possuíam a chave e podiam mexer. Caso alguma moradora quisesse algum produto dali deveria pedir a um técnico para que ele alcançasse. O mesmo era válido para o dinheiro, que ficava guardado em uma caixinha, onde separavam o dinheiro específico de alguma moradora e o bolinho de notas que era um pouco do dinheiro de cada moradora para compras coletivas, geralmente de comida como pão e frios para o café ou chocolates, biscoitos, etc.

Maria gostava de comprar seus próprios cigarros e charutos na tabacaria. Em nossos encontros semanais ela sempre queria fazer suas compras, quase sempre as mesmas: cigarros, charutos e Coca-cola. Porém, os charutos eram comprados pelos técnicos da casa em grande quantidade, destinados a ela e a outra moradora que também apreciava este tipo de fumo, Maria sempre achava que precisava comprar mais. Quase toda semana tinha que explicar a ela e mostrar que havia charuto na casa e não precisávamos comprar. Os anos de internação no hospício deixaram algumas marcas como ter que ver onde estão os objetos para ter a garantia de que não haviam sumido. A ideia de que os cigarros estavam guardados no armário parecia

não ser possível para Maria, era como se eles não existissem porque ela não os tinha aonde a vista alcança. No hospício, os pertences individuais costumam ser retirados e quase nada é permitido manter. Sumiços e furtos são constantes, pois na escassez de recursos e esta falta de possibilidade de ter os seus próprios objetos o que é encontrado em qualquer canto do manicômio pode ser reapropriado. É comum que os internos guardem consigo seus objetos pessoais, em sacolas ou nas próprias roupas, ou em locais em que só ele sabe. Talvez, Maria quisesse guardar em um local ‘seu’ por ainda não estar segura de que naquele lugar não lhe roubariam os pertences. São marcas de muitos anos de institucionalização.

Os cuidadores me pediam para ajudar a controlar a quantidade de cigarro comprado, para eles não era necessário comprar toda semana, pois acabava sobrando de uma semana para a outra (sobretudo depois das diminuições). O que eles não compreendiam é que Maria gostava de comprar os próprios cigarros, os próprios charutos e de saber onde eles eram guardados. Ela também não entendia o motivo de ter horários para fumar já que era um dos seus poucos prazeres além de comer e estar com as novas amigas da casa. O cigarro também tinha a função de socialização e para ela possibilitava a roda no pátio para fumar e, às vezes, era oferecido como presente para as pessoas das quais ela gostava mais.

Enquanto acompanhante terapêutica eu me via em uma situação delicada, não seria estratégico bater de frente com a equipe e dizer que não concordava com a decisão, sobretudo com o pedido endereçado a mim para fazer as negociações com a moradora. Senti um uso da minha posição para ajudar a disciplinar uma pessoa, uma mulher adulta, e esta posição não era confortável. Porém, assumi a tarefa de mostrar a equipe o trabalho do AT no dia a dia através de muitas conversas e da participação na rotina da casa. Tentei explicar à equipe que Maria precisava participar das compras dos charutos, que era importante para ela e também seria uma forma dela sair mais de casa sem depender somente dos nossos encontros. Em alguns momentos, fiz sim uma negociação com Maria em relação aos cigarros, o que também possibilitou trabalhar outros gostos além do fumo. Os cuidadores pareciam entender estas questões, mas também mostravam dificuldades em conseguir modificar esta rotina. Maria era mais lenta, precisava de tempo e de alguém para fazer as compras com ela. Outra moradora com a qual dividia os charutos tinha ‘ciúme’ de compartilhar a atenção dos técnicos. Este argumento utilizado pela equipe para justificar o porquê da impossibilidade de sair com as duas moradoras juntas. Com o intuito de evitar conflitos, segundo a equipe, Maria tinha sua

circulação reduzida e perdia a oportunidade de participar da compra dos itens importantes para ela.

De fato, a equipe era reduzida e quando alguém faltava era uma dificuldade para arrumar outro que substituísse, faltavam recursos humanos e este é um detalhe importante quando se trata de uma casa onde há pessoas que precisam de auxílio em tarefas das mais básicas. Contudo, a equipe tinha dificuldades em se permitir apostar um pouco mais na capacidade dos usuários, de se permitir tentar andar com eles na rua, em confiar no cuidado que os mais “inteiros”²² tinham com os que precisavam de mais ajuda. Em vários pequenos recortes de momentos do dia a dia, a equipe em geral escolhia funcionar da maneira que era mais cômodo para ela e assumir o controle das rotinas da casa como assumiria em algum outro dispositivo da rede. Esta comodidade não necessariamente diz de um lugar confortável, mas sim de um lugar institucionalizado e de práticas enquadradas das quais não se consegue sair facilmente. E são as consequências destas pequenas escolhas de modos de trabalhar rotineiros, sobretudo para os usuários, que fazem questão, quanto ao poder de decisão deles diante das decisões da equipe.

No que concerne ao AT com Maria, percebo que houve por minha parte e por parte da equipe um grande investimento. Desejamos muitas coisas para ela, que ela saísse, que escolhesse suas roupas, que desse um salto de autonomia. Por um lado, investir é importante, é apostar que esse sujeito pode uma infinidade de coisas, é não tratá-lo como incapaz. Contudo, por vezes acabamos atropelando Maria com nossas demandas, e desejando mais por ela do que com ela. Ela queria coisas simples como fumar seus charutos e tomar coca-cola, e principalmente no começo, queria aproveitar sua casa, a companhia das novas amigas. Fui aos poucos percebendo onde estava o meu desejo e dosando-o para que não atropelasse o desejo e tempo dela. E ela, assim como qualquer pessoa, pode falar dos seus próprios limites e dizer “chega!” a uma determinada situação. Um dia, estávamos nós duas sentadas no banco do pátio do residencial, eu fazendo propostas de saídas, de atividades e em determinado momento ela me olhou e disse “chega!”. Depois sorriu e continuou sentada no banco olhando o que acontecia ao seu redor. Naquele instante, ela impôs a sua voz, a sua vontade. O que proporcionou este momento? Mesmo que eu tenha feito muitas propostas, inferindo vontades

²² O termo “inteiros” é de uso habitual dos trabalhadores de hospitais psiquiátricos e serviços de atenção psicossocial em geral, refere-se aos pacientes mais articulados, autônomos, com mais mobilidade e independência em relação aos seus cuidados pessoais.

e desejos de Maria, nossa relação sempre foi pautada pelo respeito à vontade dela e aos seus limites também. Maria foi muitas vezes chamada a falar por si, a expressar desejos, havia, então, as portas abertas para que ela pudesse dizer de seu limite.

Apesar de apostar muito e saber que ela é capaz, reconhecer que ela também tem suas limitações e vai querer coisas muito diferentes do que eu ou os outros trabalhadores imaginamos para ela é reconhecer Maria enquanto sujeito capaz de levar sua vida como ela se sentir melhor, de saber que nossos sonhos são nossos e não dela, que talvez ela tenha sonhos mais modestos. Nada disso nos impede de mostrar outras possibilidades, sugerir passeios, sabores ou atividades diferentes, mas tentar um encontro com o desejo dela é a nossa função principal.

Em meio a este cenário, surgiram muitas questões sobre o poder de decisão dos moradores. É preciso fazer uma análise de implicação sobre uma atividade que eu e outras duas colegas desenvolvemos nos residenciais e que se insere nesta discussão. Semanalmente, fazíamos uma espécie de oficina onde contamos e ouvimos algumas histórias, trabalhamos com tinta, escrita (dentro dos limites de alfabetização do grupo) e passeios na praça. A discussão sobre fazer um trabalho deste tipo dentro da casa de alguém surgiu na elaboração deste projeto, mas após algumas discussões sobre como levaríamos a proposta ficamos tranquilas e não aprofundamos esse ponto. Penso que, por mais que muitos momentos de descontração, aprendizagem e de construção de vínculo entre as próprias moradoras tenham acontecido nestes encontros, ainda assim, é uma invasão de visitantes na casa alheia. Que outra casa, afinal, recebe gente que vem pintar argila com os moradores? O que deixamos passar talvez tenha sido a retomada da conversa inicial, colocar em questão o que estávamos fazendo junto aos moradores.

Mesmo neste caso, um pouco mais de atenção ao ouvir o que é dito pelos moradores revela que eles sabem dizer muito bem das suas vontades e até onde podemos ir ao interferir em suas vidas. Quando já estávamos há algum tempo fazendo estas atividades, indo as casas toda semana, algumas moradoras começaram a agradecer a visita. Em nossa despedida, agradeceram novamente as visitas e nos convidaram a voltar. O que é o lugar da visita? É o lugar de quem é convidado a conhecer a casa, mas não a gerencia, não decidi sobre suas regras e sua visita se dá em relação a amizade com o morador. Para que fossemos visitas, foi preciso que os moradores conseguissem um mínimo de apropriação das casas como suas e eles, assim, puderam estabelecer qual era o nosso lugar ali, a partir do lugar deles. Só o dono

da casa consegue estabelecer um limite destes e convidar ou não alguém de fora a vir mais vezes.

Uma casa segundo Bachelard (2008, p. 26) é nosso primeiro berço, onde começamos a nos situar no espaço antes de sermos “jogados no mundo”. A casa nos defenderia das “*tempestades do céu e da vida*” (p. 26) e nos garantiria um lugar para devanear, para os nossos pensamentos, sonhos e lembranças (p. 26). Alguns autores falam do território existencial de cada um, que envolve espaços variados que habitamos e que não correspondem diretamente à configuração arquitetônica de um lugar, mas também das representações imaginárias, dos medos, amores e angústias que este lugar representa. Fonseca (2005) fala que:

uma casa ultrapassa a possibilidade de ser lida como um cenário onde transcorre a vida de sujeitos plenos e cheios de si. Quando constituímos uma casa como território existencial, ela pode vir a ser olhada como campo paradoxal onde se tecem sensibilidades a partir dos diversos enfrentamentos de forças que ali circulam. (FONSECA, 2005, p. 152)

Assumindo, então, que a casa pode ter uma diversidade de configurações, modos de ser habitada e modos de construir territórios existenciais, isso torna todas as casas (residenciais terapêuticos ou não) únicas e diferentes entre si. Se uma casa, a nossa, é nosso primeiro espaço no mundo, onde começamos a criar o nosso território existencial, nossa noção de lugar ao qual pertencemos e de onde podemos partir, os processos de decisão sobre como ela deve funcionar são fundamentais para os donos da casa. E quem são os donos? Os sujeitos moradores, donos, precisam estar organicamente dentro dos processos de gerenciamento da casa para que de fato criem um território seu. O trabalho que envolve desinstitucionalizar exige uma aposta na autonomia, partindo do que o morador deseja, partindo da reaprendizagem de que ele pode desejar. A paciência de acompanhar este processo e não fazer por ele esta passagem, desafia-nos, pois não é fácil e nem sempre vai estar tudo em ordem. Há de se suportar um tempo diferente, as repetições antigas até se terem repetições novas. Há de se segurar aquela inclinação a cuidar de um bem-estar baseado em higiene e seguir dicas de uma vida considerada saudável. Há de se saber suportar os males, pois não só de bem-estar se faz a vida. E mesmo que nos sintamos falhos e, não proporcionar o bem-estar que julgamos necessário, há de se ter em mente que não é este nosso

papel, pois é muito mais não deixar que a conquista/construção de autonomia não seja um processo solitário por demasia.

Nós mais reconhecemos a voz de alguém do que damos, na verdade, não damos nada a ninguém, apenas deixamos uma pequena marca na vida de alguém. O que podemos proporcionar é uma relação na qual se é reconhecido como alguém que tem voz, desejos, que é visto e ouvido pelo outro. É uma diferença em diálogos e tratamentos em que se faz o bem sem olhar a quem, no qual o sujeito não importa. Esta é a experiência que oferecemos com um cuidado, com uma ética que toma o sujeito como central. Mais do que isto não podemos fazer, a mudança ou grande transformação na vida de alguém não está em nossas mãos, até porque se estivesse não seria mudança nenhuma já que não seria uma mudança a partir do sujeito.

3.1 O Espaço Público – o que nos é possível

Em relação à cidade e ao que colocamos no início do texto sobre o público e o privado, podemos retomar as dimensões destes dois espaços na vida dos cidadãos, e o que faz do cidadão um sujeito político. Falamos de pessoas cidadãs aquelas que na vida pública é vista e ouvida pelos demais, consegue entrar no jogo de negociações das suas vontades e opiniões com as dos outros, pode debatê-las. Pensando nos moradores do residencial, ampliando também para todos os outros sujeitos com problemas graves e persistentes em saúde mental, qual seria a oportunidade deles entrarem neste jogo de negociação na vida pública, será que eles estão conseguindo ser vistos e ouvidos? Se, no espaço público há esta dificuldade ainda de ver o louco como alguém que pode participar das decisões sociais e até circular na cidade, será que no privado estamos conseguindo abrir este espaço em que sua voz seja ouvida e tenha peso na hora do gerenciamento deste espaço. Em um lugar tão híbrido como um serviço residencial terapêutico, onde o público entra no privado e a ele se mistura, como não ver também como uma postura política reconhecer esta voz do usuário desde a decisão mais pueril dentro de sua casa.

Os espaços de domínio comum, hoje são espaços de uma outra figura, a mais aceitável e esperada que é a do consumidor. Enquanto consumidores estamos autorizados a circular publicamente e decidir alguns pontos, escolher, desde que seja em relação a algum bem de consumo, na posição de consumidores. Scarcelli (2006, p. 77) faz ressonância a esta ideia ao falar que “consumo e cidadania se misturam na produção de subjetividade”. Somos

impelidos a consumir as políticas públicas e os serviços estatais que nos oferecem e pouco decidir sobre elas. A figura do louco, dos usuários de SRT, CAPS e outros dispositivos da RAPS²³, podem ocupar este lugar de consumidor, com suas ressalvas, desde que não incomode muito ao andar na rua, mas é aceito neste lugar. Não raro a questão do dinheiro e do consumo é pauta importantíssima na vida destes sujeitos, não só pelo fator de garantir a subsistência, mas pelo lugar de consumidor se mostrar como o único possível do deslocamento do lugar do louco. A inclusão tem configurado como inserção no mundo do consumo de mercadorias, Scarcelli (2006, p. 77), antes de se providenciar condições de vida, empregabilidade, o que se garanti é que se possa consumir. A circulação na rua também depende do quanto podemos comprar, se temos recursos financeiros para assumir o papel de consumidor, podemos circular, senão, nos recolhemos ao privado da casa (SCARCELI, 2006, p. 78). É um lugar no qual todos nós estamos cerceados e a discussão extrapola os loucos e não loucos, todos somos convocados ao papel de consumidores, pois é uma questão de como estamos vivendo hoje e como frequentamos o domínio público.

Tentamos aqui colocar algumas perguntas em relação a ética do morar assistido em um residencial. Não que outros modos de morar não exijam que se pense a respeito da ética de suas relações por envolver, como já vimos, dimensões privadas e públicas, mas aqui a dimensão pública destas habitações é muito mais marcada. As casas aqui exploradas foram construídas e se mantém a partir de políticas públicas, ou seja, o domínio público marca a vida nestas moradias. Com isso, a sua rotina é diferente de outras casas e isso passa pelos seus habitantes, como já foi mencionado, entre trabalhadores e moradores. A ética das relações entre estes dois grupos e a macropolítica que inside no que é possível negociar nesta casa.

Conclusão – para seguir pensando

O que fica de tudo isso é a reflexão sobre como estamos fazendo o cuidado em saúde mental, quais são nossas questões éticas e se estamos lembrando-nos de colocá-las em análise. A moradia assistida é apenas um ponto da rede, um dispositivo que temos para este cuidado, mas os relatos sobre a constituição e o cotidiano desta casa serviram de analisador. Ao

²³ Rede de Atenção Psicossocial é o nome dado ao conjunto de serviços de atenção em saúde mental dos mais variados níveis e tipos. A criação da RAPS tem o objetivo de ampliar o acesso ao cuidado e integrar os vários pontos da rede. Ver mais em: Portaria nº 3.088/GM, de 23 de dezembro de 2011.

finalizar este trabalho, percebo que sempre foi a questão ética o que realmente perpassa o texto. E falar de moradia utilizando outros conceitos talvez tenha sido uma maneira de conseguir falar disso que está em todo lugar. A cada vez que perguntamos o que estamos fazendo, pra quê, com quem e como, colocamos em pauta a ética. Aqui o que nós trazemos a tona, o que tiramos dos porões, são as nossas concepções do que é ser um trabalhador de saúde mental.

E não poderíamos deixar de falar dos processos de autonomia, afinal, quando falamos de acompanhamento terapêutico, de serviços residenciais terapêuticos e luta antimanicomial essa é a palavra chave. Existem todos estes dispositivos porque autonomia nos é cara. E afinal, do que se trata? Podemos afirmar que não se trata de uma característica inata, não se trata de ter ou não ter, muito menos de ser autônomo, não é uma questão de essência. Quando falamos em ética falamos de autonomia porque são conceitos que falam de movimento e relação. Tomamos autonomia como uma construção que se dá nas relações, nos encontros. Como não estamos lidando com uma visão essencialista, não há *a priori* que determine o que é humano, ele se constrói também nas relações. Autonomia está sempre em relação a alguém, a um discurso, a condições de possibilidade do lugar onde estamos e de vir a ocupar outros lugares. Ao pensarmos uma ética do cuidado, estamos trazendo como pressuposto que haja um cuidado com a autonomia, que a maneira como o oferecemos proporcione esta autonomia. Se pensarmos em uma relação ética que suponha o desejo do outro e a sua capacidade, a legitimidade do que ele decide para a vida, estamos pensando e cuidando do outro de fato. Se não fosse assim, estaríamos deixando de oferecer cuidado para oferecer uma tutela da vida alheia, por mais bem intencionados que estejamos.

Escutando com atenção, a autonomia da qual ouvimos falar em muitos espaços de saúde (também de assistência, de educação...), diz de uma expectativa em torno de uma maior funcionalidade para poder gerenciar o dia a dia sem grandes auxílios. Comer sozinho, andar sozinho, tomar banho sozinho. Um gerenciamento do bem-estar de modo geral e da higiene. Trata-se mais de independência motora do que de autonomia. Questiono que cuidado é este que não vai aos porões, parafraseando Veiga-Neto, no que concerne a sustentar a singularidade de uma vida em um residencial. Ao ficarmos no raso de manter as pessoas alimentadas e limpas, deixamos de apostar nos sujeitos. Ao mesmo tempo, exigimos uma adequação por vezes chamada autonomia a uma funcionalidade, quase uma normalização que não faz condições de surgir um sujeito autônomo. Sugere um sujeito adaptado, e aqui nos

lembramos de Maria e da polêmica em torno do fumar ou não fumar, em prol de um cuidado em saúde que contrariava o que ela considerava bom para si.

Demarcamos já algumas pistas que dizem da concepção de autonomia que este texto procura trabalhar. Partimos de uma concepção implicada eticamente, de uma noção de autonomia em relação, que não é possível de ser transposta como um conceito universal, independente do lugar, da cultura, das histórias das pessoas envolvidas. Autonomia para alguns é um processo que envolve certa aprendizagem, outros a tomam como sentir-se capaz de fazer decisões sobre o seu cotidiano. Alguns trabalhos interessantes como o de Zambillo (2015), colocam questões muito parecidas com as deste texto que apresento no sentido de problematizar a autonomia no campo da saúde mental. A autora faz um percorrido histórico sobre várias concepções de autonomia ao longo da história do Ocidente (parte II, p. 54 a 80) e escolhe pensar a ética *a posteriori* das experiências (ZAMBILLO, 2015, p. 88), colocando em questão os resquícios de várias correntes teóricas sobre autonomia, sobretudo as mais universalistas. Pelo formato escolhido para esta escrita, em relatos, por afinidade com a escolha ético-política e por questões do próprio alcance deste texto, estamos de acordo com Zambillo na medida em que pensamos a autonomia de cada caso, no dia a dia, referenciadas a situações reais, ao que é possível diante de cada desafio cotidiano.

Podemos, então, pensar em uma ética em relação à autonomia do usuário, está autonomia que vai se fazendo, se construindo, como uma ética fundada no que foi vivido, nas experiências. A ética também poderia ser discutida em termos de muitas correntes teóricas e nos daria um trabalho a parte só para descrever e discutir com profundidade todas elas, porém, ao colocar em questão as práticas, a viabilização das políticas, o cuidado do/no morar, ao nos perguntarmos ‘‘o que mesmo estamos fazendo?’’, penso que estamos problematizando a ética.

Como última pergunta, sem pretensão de resposta imediata, colocamos o seguinte: Os usuários são vistos e ouvidos como sujeitos políticos? São vistos e ouvidos? Já dissemos aqui que não nos cabe dar voz a ninguém, podemos construir junto a possibilidade de falar e desejar. Mais uma vez e para concluir, retomo a questão de reconhecermos o outro, em dar legitimidade ao que vemos e ouvimos dele para termos a condição de promover processos autônomos. No mais, seguimos colocando em questão nosso fazer.

Referências

AMARANTE, Paulo. **Loucos Pela Vida** – a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2ª. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

AREDNT, Hannah. **A Condição Humana**. Tradução de Adriano Ribeiro. 11ª. Rio de Janeiro: Forense universitária, 2013 (1958).

BACHELARD, Gaston. **A Poética do Espaço**. Tradução de Antonio de Pádua Danesi. 2ª. São Paulo: Martins Fontes, Selo Martins, 2008.

BRASIL, **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acessado em 28 de jan. de 2016.

_____, **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm>. Acessado em 27 de jan. de 2016.

_____, **Lei Federal nº 10.708, de 31 de julho de 2003**. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.708.htm>. Acessado em 27 de jan. de 2016.

_____, **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e da outras providências. Ministério da Saúde, Brasília, 3ª ed., 70 p. 2012.

_____, Portaria nº 3.088/GM, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Nº 97 – DOU – 21/05/13 – seção 1 – p.37. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/64487691/dou-secao-1-30-12-2013-pg-765>>. Acessado em dezembro de 2015.

_____, Portaria nº 3.090, 23 de dezembro de 2011. Altera a Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, e dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, nº 247, de 26-12-2011, Seção 1, págs. 233/234. Disponível em:

<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/33395122/dou-secao-1-30-12-2011-pg-63>. Acessado em: 28 de jan. de 2016.

_____, **Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015**. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm>. Acessado em dezembro de 2015.

CERTEAU, Michel; GIARD, Luce; MAYOL, Pierre. **A Invenção do Cotidiano** – 2. Morar, cozinhar. Tradução de Ephraim F. Alves e Lúcia Endlich Orth. 10ª. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

DESVIAT, Manuel. **A Reforma Psiquiátrica**. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.

MICHAELIS, Dicionário Online, disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/>>. Acessado em 26/06/2015.

FONSECA, Tânia. A Alma Paradoxal da Casa. **Verve**, São Paulo, 8, p. 149-159, 2005.

SCARCELLI, Iani. Os Sentidos do Morar e a Cidade: um olhar sobre os serviços residenciais terapêuticos. **Cadernos IPUB**, Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, nº 22, p. 71-81, 2006.

SILVA, Juremir Machado da. **Café Filosófico: O pensamento pós moderno e a falência da modernidade** – Juremir Machado da Silva. 2014. (1h42min52s). Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=Q0M09nVfBm0>>. Acessado em: outubro de 2015.

SOUZA, Jessé. **Ralé Brasileira** : quem é e como vive / Jessé Souza ; colaboradores

André Grillo... [et al.] — Belo Horizonte : Editora UFMG, 2009.

VASCONCELOS, M. & PAULON, Simone. Instituição militância em análise: a (sobre) implicação de trabalhadores na Reforma Psiquiátrica brasileira. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 26 (n. spe.), 222-234, 2014.

VEIGA-NETO, Alfredo. É Preciso ir aos Porões. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 50, p. 267 – 492, maio-ago, 2012.

VIECELLI, Ana Paula. **Lugares da Loucura** – arquitetura e cidade no encontro com a diferença. Porto Alegre: UFRGS, 2014. Dissertação (Mestrado em Arquitetura) – Programa de Pós-Graduação em Arquitetura, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

ZAMBILLO, Marciana. **Autonomias Errantes: Entre Modos de Ser Autoimpostos e Possibilidades de Invenção de Si.** Porto Alegre: UFRGS, 2015. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto alegre, 2015.