

Universidade Federal Fluminense
Centro de Estudos Gerais
Instituto de Ciências Humanas e Filosofia
Programa de Pós-Graduação em Antropologia

Rafael Pereira

De volta para a casa:

*A vida nas residências terapêuticas e o trabalho dos
cuidadores, em Barbacena – MG.*

Dissertação submetida ao Corpo Docente do Programa de Pós-Graduação em Antropologia do Instituto de Ciências Humanas e Filosofia da Universidade Federal Fluminense, sob a orientação do Prof. Dr. Marco Antonio da Silva Mello, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do grau de Mestre em Antropologia.

FICHA CATALOGRÁFICA

Pereira, Rafael

De volta para a casa: A vida nas residências terapêuticas e o trabalho dos cuidadores, em Barbacena – MG .

Rafael Pereira. Rio de Janeiro: Universidade Federal Fluminense, Centro de Estudos Gerais, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Programa de Pós Graduação em Antropologia, 2008.

f.

Orientador: Prof Dr. Marco Antonio da Silva Mello. Dissertação (Mestrado) – UFF - Universidade Federal Fluminense, CEG - Centro de Estudos Gerais, ICHF - Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, PPGA - Programa de Pós Graduação em Antropologia, 2008.

1. Antropologia – Dissertações; 2. Antropologia Urbana; 3. Etnografia Urbana; 4. Residências Terapêuticas; 5. Programa “De Volta para Casa” (Barbacena-MG); 6. *Cuidadores*; 7. Socialização na vida adulta.

Rio de Janeiro

2008

De volta para a casa:

A vida nas residências terapêuticas e o trabalho dos
cuidadores em Barbacena – MG.

Dissertação submetida ao Corpo Docente do Programa de Pós-Graduação em Antropologia do Instituto de Ciências Humanas e Filosofia da Universidade Federal Fluminense, sob a orientação do Prof. Dr. Marco Antonio da Silva Mello, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do grau de Mestre em Antropologia.

Banca Examinadora

Examinador: Prof.^a Dr.^a Neiva Vieira da Cunha (UERJ e UCAM)

Examinador: Prof. Dr. Hélio Raymundo da Silva (FIOCRUZ)

Examinador: Prof. Dr. Ovídio Abreu Filho (PPGA/ICHF-UFF)

Orientador: Prof. Dr. Marco Antonio da Silva Mello (PPGA/ICHF-UFF e DAC/IFCS-UFRJ)

*Dedico aos moradores e cuidadores das
residências terapêuticas.*

Agradecimentos

Resumo

"*De volta para Casa*": a vida nas residências terapêuticas e o trabalho do *cuidador*, em Barbacena-MG, discute as implicações sócio-antropológicas da saída da clínica na vida de pacientes psiquiátricos. As preocupações desta pesquisa de caráter etnográfico vão do estabelecimento das rotinas dos ex-internos à constituição de novos vínculos sociais, com ênfase especial no processo de socialização na vida adulta no qual estão inseridos. As pessoas pesquisadas fazem parte do programa do Governo Federal "De Volta para a casa" vivendo hoje em "residências terapêuticas", casas alugadas em bairros residenciais da cidade de Barbacena-MG e que podem abrigar até 8 moradores supervisionados por um *cuidador*, pessoa esta contratada pelo referido programa. Este empreendimento etnográfico visou compreender como pessoas que viveram tanto tempo dentro de um hospital estão reconstruindo suas vidas fora dele. Que arranjos fizeram nas "residências" para torná-las habitáveis; como estão lidando com o dinheiro; de que forma, após a reclusão involuntária no *hospício* estão se re-apropriando da cidade; como reagem às novas exigências, administrando os conflitos eventualmente surgidos diante do processo de retomada da vida cotidiana sob os olhares atentos de seus novos companheiros e companheiras de moradia e, sobretudo, dos *cuidadores* e dos coordenadores do programa, empenhados todos para que possam melhor se adaptar aos novos hábitos que a mudança impõe; finalmente, qual a natureza dos vínculos sociais que estão construindo fora do hospital, portanto.

Palavras-chave: Antropologia Urbana; Etnografia Urbana; Residências Terapêuticas; Programa "De Volta para Casa" (Barbacena-MG); *Cuidadores*; Socialização na Vida Adulta.

Abstract

"*De volta para Casa*": a vida nas residências terapêuticas e o trabalho do cuidador, em Barbacena-MG ("*Going home*": the everyday life at the therapeutics homes and the work of the *cuidador* - care-taker, in Barbacena, Minas Gerais, Brazil), analyses the socio anthropological implications in the life of psychiatric patients who were recently released from the clinics. The focus of this ethnographic research includes the fixation of routines of former interns and the establishment of new social bonds, with special emphasis on the adult life socialization in which they are involved. The people under observation are part of the governmental project called "De volta para a casa" (*Going Home*), and they live today in "therapeutics homes", rented houses in residential neighborhoods in Barbacena, in which can live up to eight people supervised by a care-taker (*cuidador*), a person hired by the mentioned program. This ethnographic research tried to understand how people who had lived for so many years closed in hospitals are reconstructing their lives outside. What kind of arrangement did they do at the houses to make it their homes; how do they deal with money; how, after so long in involuntary reclusion, are they approaching the city; how do they react to the new demands, and how they administrate conflicts that eventually arise in the process of reentering the everyday life under the close attention of their roommates and, specially, their care-takers and program coordinators, who are dedicated to easy their adaptation to the new habits imposed by the change in their routine once outside the hospitals; and, finally, what is the nature of the social connections they are building outside the hospital.

Key words: Urban anthropology; urban ethnography, therapeutics homes; Program De Volta para Casa (Barbacena, MG); *Cuidadores* or care-takers; Adult life socialization.

Resumé

« *De Volta para Casa* »: la vie dans les résidences thérapeutiques et le travail du *cuidador*, à Barbacena-MG (Brésil), met en question les implications socio-anthropologiques de la sortie de la clinique dans la vie des patients psychiatriques. Les préoccupations de cette recherche de caractère ethnographique vont dès l'établissement des routines aux ex-internes à la constitution des nouveaux liens sociaux, en faisant ressortir le processus de socialisation dans la vie adulte à laquelle ils en sont insérés. Les gens de cette recherche sont bénéficiés par le Programme « *De Volta para Casa* » (*De retour à la maison*), en vivant actuellement chez les 'résidences thérapeutiques', foyers loués par la municipalité dans des quartiers de la ville de Barbacena-MG pour abriter jusqu'à huit résidentes surveillés par un *cuidador* ('soigneur'), personne contracté par le Programme ci-mentionné. Cette entreprise ethnographique a essayé de comprendre comment les gens qui sont vécus plusieurs années enfermés dans l'hôpital commencent à restructurer leurs vies dehors l'institution. Quels ont été les arrangements qu'ils ont fait chez leurs 'résidences' pour les rendre plus habitables? Comment administrent ils leurs revenus? De quel façon, après la reclusion involontaire dans l'hospice, reprendrent ils la ville? Quels sont leurs réactions face aux nouveaux exigences, en prenant en charge les conflits éventuellement surgis pendant le processus de reprise de leurs vies cotidiennes sous les regards attentifs de leurs nouveaux partenaires de 'résidence' et, surtout, des *cuidadores* et coordinateurs du Programme, tous engagés pour qu'ils puissent mieux s'adapter aux nouveaux habitus imposés par ce changement? Et, finalement, quel est la nature des liens sociaux qu'ils batissent hors de l'hôpital?

Mots-clés: Anthropologie urbaine ; Ethnographie urbaine ; Résidences thérapeutiques ; Programme "De volta para casa" (Barbacena-MG) ; *Cuidadores ou soigneurs*; Socialisation dans la vie adulte.

Sumário:

Capítulo 1: Introdução: os caminhos da pesquisa e o trabalho de campo.....	8
1.1: Universo do estudo.....	11
1.2: Táticas de pesquisa.....	12
1.3: A inserção no <i>campo</i>	15
Capítulo 2. “Para quem precisa de cuidados em saúde mental, o melhor é viver em sociedade”.....	20
2.1: Da reforma psiquiátrica à criação dos serviços residenciais terapêuticos.....	21
2.2: As Residências Terapêuticas em Barbacena.....	25
2.3: As instituições totais e as residências terapêuticas.....	30
Capítulo 3. “De volta para a casa”: o cotidiano das Residências Terapêuticas.....	39
3.1: Como são as “casas”?.....	41
3.2: O cotidiano.....	52
3.3: As ocasiões especiais.....	54
3.4: Três dias como <i>cuidador</i> em Aparecida do Norte e Cachoeira Paulista.....	56
Capítulo 4. O trabalho de treinamento dos <i>cuidadores</i>	59
4.1: A “missão” dos <i>cuidadores</i>	61
4.2: O trabalho de treinamento.....	62
4.3: Os conflitos nas RTs.....	68
Capítulo 5. A guisa de conclusão: “A residência é a cara do <i>cuidador</i>”.....	70
Referências Bibliográficas.. ..	86
Anexos	74

Capítulo 1. Introdução: os caminhos da pesquisa e o trabalho de campo.

Para qualquer pessoa a tarefa de mudar de uma casa para outra impõe uma série de dificuldades, a começar pelo transporte dos móveis e pela tentativa de adequá-los ao espaço da nova moradia. Além dos móveis, há que se reunir também a infinidade de objetos que foram se acumulando na antiga casa, por sobre os móveis, em armários, gavetas, mesas, dependurados nas paredes. Objetos que funcionam, invariavelmente, como um indicativo de que todos os espaços da casa foram apropriados pelos seus moradores. Na nova residência estes objetos serão reordenados. Alguns irão perder o seu lugar original, outros serão substituídos, numa tarefa infundável que apenas começa quando a mudança termina.

As dificuldades não param no transporte e na distribuição dos móveis e dos objetos na nova casa. As mudanças trazem com elas dúvidas e angústias. Como será a vizinhança da nova casa? Que outras surpresas reservará a nova vida? Construir novos vínculos é trabalhoso, tão trabalhoso quanto a manutenção da rede social que se formou junto à antiga casa. Quanto à nova vizinhança se a relação que se buscará é de distância ou de proximidade haverá determinados procedimentos a serem seguidos. Evitar os vizinhos pode ser tão difícil quanto construir com eles uma boa relação.

Estas são apenas algumas das dificuldades pelas quais uma pessoa pode passar num processo de mudança de residência que, como havia assinalado, implica não só um novo rearranjo dos móveis e demais objetos numa nova casa, mas também e, sobretudo, uma reestruturação dos vínculos sociais.

Sabe-se que a distância é um fator importante na constituição e na manutenção dos vínculos sociais. Por essa razão, as relações com os amigos de bairro, os parentes da casa ao lado, sofrerão alguma alteração com a mudança.

O fato é que as dificuldades são proporcionais ao caráter mais ou menos radical da mudança em curso. Ir morar numa rua adjacente àquela em que se vivia não provoca, talvez, os mesmos efeitos que uma troca de cidade ou mesmo de um país. Neste sentido, importa não só a distância entre o antigo e o novo local de moradia, mas também o tempo de permanência transcorrido no lugar de onde se está mudando. A profundidade

dos vínculos sociais e afetivos experimentados por uma pessoa guarda, frequentemente, estreita relação com o período em que ela permaneceu em determinado lugar.

Com base nos exemplos predecessores quero chamar atenção para o fato de que esta dissertação também versa sobre um processo de mudança, de características bastante especiais. Trata-se, como denominou Anselm Strauss (1999:111), de um “drama de progressão”. Drama este provocado pela passagem, por vezes abrupta, da condição de interno, em uma instituição psiquiátrica, com todas as suas implicações, para a condição de morador, nas residências terapêuticas.

Há no processo de saída de um hospital psiquiátrico uma série de elementos que lhe confere um caráter extremo. Caráter que pode ser ainda mais acentuado se o período de internação é muito longo, como é o caso de muitos dos atuais moradores das Residências Terapêuticas.

Um dos elementos que mais contribui para conferir um caráter especial à mudança aqui considerada foi a anterior restrição quase completa do contato com o mundo exterior, característica que os hospícios compartilham em menor ou maior grau com outras tantas “instituições totais”. Outro elemento fundamental para a compreensão do caráter radical desse processo é o que Erving Goffman (1984) considerou como sendo o fato básico ao longo de sua análise das “instituições totais”: aquele que diz respeito aos indivíduos vivenciarem todas as esferas de suas vidas, do lazer ao trabalho, separados da sociedade mais ampla, por longos períodos, tendo suas vidas formalmente administradas por terceiros.

Hoje, muitos daqueles que experienciaram as distintas formas de declinação do “grande internamento”, para retomar uma expressão do vocabulário foucaultiano, vivem, entretanto, em casas na cidade: as RTs – as Residências Terapêuticas. Estavam no hospital desde a infância, alguns; agora, já idosas, penosamente começam outra fase de suas vidas, outra etapa de suas “carreiras morais”¹. Nas RTs, suas novas moradias, compartilharão a residência com muitas outras pessoas, em torno de 8. Com elas não somente residirão, mas compartilharão cotidianamente as suas vidas. Na casa, elas contam com a ajuda e supervisão de um profissional denominado *cuidador*, o qual desempenha o papel de um *iniciador*, ou seja, um especialista ritual, devendo treinar os neófitos e apresentar-lhes o novo mundo através da nova morada. Trata-se, portanto, não apenas de uma mudança do local de residência, mas de uma mudança de vida, uma

¹ Ver a propósito GOFFMAN, 1984: 109.

mudança radical que exigirá dos ex-internos uma série de novas capacidades e competências a serem adquiridas com a ajuda do *cuidador*, figura onipresente doravante em suas vidas.

Por essa razão, todo o esforço de pesquisa foi concentrado em procurar entender como essas pessoas que viveram tanto tempo dentro do hospital estão, na cidade de Barbacena, cidade que foi durante décadas o mais importante pólo de tratamento psiquiátrico de Minas Gerais, quiçá do Brasil, reconstruindo suas vidas fora daquelas dependências médico-hospitalares para as quais muitas das vezes foram conduzidas compulsoriamente.

Nas RTs, os hábitos dos moradores associados ao ‘tempo do hospital’ são constantemente combatidos pelos *cuidadores* e pelos profissionais de nível superior que dão suporte às “residências”, numa empreitada nem sempre bem sucedida. Por isso, minha proposta é pensar em *microliberdades*, já que por uma série de manobras astutas dos moradores, alguns dos hábitos “doentios” do ‘tempo do hospital’ teimam em persistir; em perdurar, portanto. *Microliberdades*, no sentido aqui empregado por mim, ocorreu-me pensar a partir da leitura de um intrigante texto de Michel de Certeau (1994). Trata-se de um elaborado repertório de autênticas especialidades que cultivam os atores ao demonstrarem enorme capacidade de usar as regras a seu favor, competência esta que Goffman também identificou nas suas “instituições totais”, dando-lhe o nome de ‘ajustamentos secundários’ (1984:160).

A habilidade dos moradores em reproduzir algumas práticas do ‘tempo do hospital’ no novo ambiente se contrapõe às táticas igualmente astutas dos não menos argutos ‘*cuidadores*’ para evitá-las ou debelá-las. Desse embate emerge um novo modo de vida que se distancia tanto da vida anterior no hospital, como do modelo de reconquista integral da autonomia idealizado pelo Governo Federal e, por vezes, pela própria coordenação do programa no município. Portanto, ir para uma residência terapêutica implica como vimos, não só mudar de lugar, mas aderir a um novo modo de vida.

Os coordenadores do projeto anseiam por esta mudança. O fato é que a mudança só se concretiza porque há um enorme esforço dos *cuidadores* para estabelecer novos hábitos, novas práticas, para forjar um novo estilo de vida que por sua vez nem sempre coincide com o que os técnicos e operadores do programa (psicólogos e assistentes sociais, por exemplo) consideram desejável.

O curioso é que apesar do *cuidador* ter ocupado ao longo de minhas observações de campo uma centralidade inequívoca, constituindo presença incontornável para a compreensão do processo em tela, nas publicações sobre as “residências” aparece freqüentemente (quando aparece!) como um personagem menor, uma fantasmagoria, marcado pela subalternidade e fadado a viver nas áreas de penumbra do entrecho; ou seja, um mero executor do projeto. Um funcionário que encarnaria um paradoxo, pois quanto mais sucesso obtiver na condução de suas tarefas, mais cedo se tornará absolutamente dispensável no âmbito da chamada ‘residência terapêutica’.

1.1 Universo do estudo

As Residências Terapêuticas fazem parte da política do Governo Federal de reformulação da assistência psiquiátrica no Brasil. Além de Barbacena, elas já foram implantadas em várias outras cidades do país². Então, por que realizar essa pesquisa em Barbacena e não em outra cidade? São duas as razões que explicam esta opção.

A primeira, diz respeito ao fato de ter nascido nesta cidade, onde tomei conhecimento da existência das residências terapêuticas, reunindo condições de desenvolver a pesquisa com mais facilidade.

A segunda razão se deve ao fato de que, durante muitas décadas, Barbacena foi referência emblemática no tratamento psiquiátrico não somente no estado de Minas Gerais, mas com repercussões por toda parte, dentro e fora do país.

A partir da década de 1970, no âmbito do complexo hospitalar da cidade, o Estado centralizou no Hospital Colônia de Barbacena o tratamento dos ‘pacientes crônicos’³, os quais viriam a ser trinta anos depois o público preferencial das residências terapêuticas. Para se ter uma idéia do sucesso do empreendimento implantado em 2000, bastaria mencionar alguns dados: 89 pessoas, em 2004, estavam nelas instaladas, número que colocava a cidade em 4º lugar no Brasil na quantidade de internos em residências terapêuticas. O grande número de “residências”, 25 ao todo, aliado ao fato de se tratar de uma cidade de médio porte, faz da “Cidade dos Loucos”, como é conhecida Barbacena por todo o estado de Minas Gerais, um lugar estratégico para se pesquisar a vida nas residências terapêuticas.

² Até o ano de 2004 o censo do Ministério da Saúde registrava 44 residências terapêuticas no país.

³ Esse termo é usado na psiquiatria para designar o paciente que está muitos anos hospitalizado ou que tenha passado por vários períodos de internação.

1.2 Táticas de pesquisa

Desde o momento em que pensei em ocupar-me do tema, o que mais me motivou foi a idéia de uma etnografia, idéia imediatamente incentivada por meu orientador, Marco Antonio da Silva Mello, um defensor feroz do trabalho de campo nas aulas que ministra. As técnicas de pesquisa empregadas ao longo do trabalho foram aquelas às quais o neófito rapidamente se apegava, seja por comodismo, seja por total insuficiência de meios para uma visão mais alargada do que podem significar tais geringonças no exercício do trabalho de campo.

Como as residências terapêuticas eram um universo com o qual eu não tinha nenhuma familiaridade concluí que essa lacuna dificilmente seria suprida apenas com a realização de entrevistas. O que não estava no *script* é que a observação seria tão intensamente participante.

No Centro de Convivência, por exemplo, onde iniciei o trabalho de campo em março de 2007, por diversas vezes fui convocado a “por a mão na massa”. A primeira experiência foi um trabalho manual mesmo: confeccionar a parte da frente de uma pequena almofada enquanto acompanhava os trabalhos de uma oficina de artesanato freqüentada por *moradores* de várias residências terapêuticas.

No decorrer da pesquisa os moradores foram deixando de freqüentar a oficina de artesanato. Vendo-me de modo insólito distanciado por completo do *sujeito* de minha investigação, passei a acompanhar as aulas de alfabetização, permanecendo, embora, no Centro de Convivência, onde, por várias vezes, acabei me tornando ‘assistente’ da professora. Em tais oportunidades, desempenhei atividades tais como: tomar conta da turma enquanto ela se ausentava para resolver algum problema fora da sala de aula; auxiliar os alunos com os exercícios; tomar conta deles nos passeios; e até mesmo participar de um inesperado ‘número de dança’ cuidadosamente preparado para a festa junina.

As festas de aniversário nas residências terapêuticas foram fundamentais para que eu compreendesse a extensão dos vínculos sociais e afetivos criados fora do hospital. Eram também ocasiões onde, como todos os demais, encontrava-me na condição de convidado. Aliás, não foram poucos os salamaleques necessários para obter tal convite dos meus anfitriões. Isso implicava que eu seguisse rigorosamente o cerimonial. Neste, exige-se do convidado a oferta de um presente ao aniversariante e

que ainda não decline do convite para uma dança. Invariavelmente, nas festas em residências terapêuticas, dança-se o proverbial *forró*.

No entanto, a situação mais complicada e mais cheia de conseqüências para mim, como iria depois me aperceber, foi ser chamado pela coordenadora de saúde mental do município para tomar parte ativa nas atividades do “Curso de Capacitação de *Cuidadores*”, até então confortavelmente freqüentado por mim sem maiores pretensões. Como que inspirada nos ensinamentos de Clifford Geertz, Dona Leandra, este era seu nome, buscava com seu gesto dizer para o aprendiz de etnógrafo, parafraseando o antropólogo, que *em terra de cego quem tem um olho não é observador, mas expectador*.

Com seu inusitado convite esperava arrancar-me das delícias da posição de mero observador para introduzir-me nas vertiginosas aventuras de um trabalho de campo intensamente experienciado. Frequentemente, Dona Leandra me dirigia perguntas embaraçosas no momento em que eu tentava registrar algum comentário feito anteriormente por um *cuidador*, encontrando-me, por conta disso, completamente alheio ao que ela falava. Distraído, esforçava-me para recuperar o fio da meada sem criar constrangimentos entre os participantes do encontro. Ao mesmo tempo, empenhava-me zelosamente para não criar com eventuais impertinentes comentários e opiniões nenhuma situação que pudesse melindrar quem quer que fosse. Em tais circunstâncias, era quase que impossível não atender às solicitações de minha Coordenadora. Exercitava todo o meu conhecimento comum nessas delicadas ocasiões em que era conclamado a me manifestar sobre questões referentes ao trabalho desenvolvido nas residências terapêuticas por meus parceiros de Curso ou, o que era pior ainda, sobre as vicissitudes das relações entre eles *sur place*. Tais momentos foram para mim muito difíceis; momentos nos quais me senti bastante vulnerável e muito pouco a vontade para emitir qualquer opinião. Nessas oportunidades, tinha a clara consciência que um comentário fora de lugar poderia me indispor não somente com a Coordenação do projeto, mas, sobretudo, com aqueles junto aos quais deveria desfrutar, durante toda a minha pesquisa de campo, de uma posição de confiança e reconhecido respeito mútuo: os *cuidadores*.

Até o dia 19 de dezembro de 2007, quando finalmente dei por encerrado o trabalho de campo, além do curso de capacitação e das visitas às residências, acompanhei passeios, fiz compras, assisti missas, participei de festas no Centro de Convivência, freqüentei como convidado festas de aniversário e empreendi uma

inesquecível para mim viagem de três dias ao Santuário de Nossa Senhora Aparecida, em Aparecida do Norte, e à Sede da TV Canção Nova, na cidade de Cachoeira Paulista, ambas no vizinho estado de São Paulo.

Também cheguei eu mesmo a *dar* uma festa. Foi por ocasião do meu aniversário, no dia 18 de junho. Uma festa concorrida, diga-se de passagem, na qual compareceram minha mãe, meu irmão, sua namorada, 17 *moradores* e 3 *cuidadores*. Um bom *score* em se tratando de pessoas envolvidas no processo de uma pesquisa.

Desde seu início, o contato direto com os *moradores* e os *cuidadores* das residências terapêuticas, nos mais diversos momentos e nas mais diversas situações, foi o princípio deontológico que me orientou no campo e, por conseguinte, durante toda a pesquisa em seu desenvolvimento. Estive, ao menos neste particular, em boa companhia; pois tal orientação encontra-se explicitamente formulada na seguinte passagem de *Manicômios, prisões e conventos* de Erving Goffman:

“Acreditava, e continuo a acreditar, que qualquer grupo de pessoas – prisioneiros, primitivos, pilotos ou pacientes – desenvolve uma vida própria que se torna significativa, razoável, e normal, desde que você se aproxime dela, e que uma boa forma de conhecer qualquer desses mundos é submeter-se à companhia de seus participantes, de acordo com as pequenas conjunturas a que estão sujeitos”. (GOFFMAN, 1984:8).

Ter privilegiado a observação direta e sistemática, isto é, ter assumido até onde pude alcançar com a *minha* ‘imaginação sociológica’ a densidade das implicações das informações contextuais, em lugar da exclusiva análise de entrevistas, teve suas vantagens e desvantagens; entre estas últimas o fato de não ter podido contar com trechos inteiros de entrevistas estruturadas e quase prontas para serem mandadas para dentro do texto, como imagino acontecer em muitas situações de pesquisa. Na realidade, não tinha mais do que fragmentos de fala que tive que exumar das folhas de meus cadernos de campo a duras penas, lutando contra a banalização da experiência cotidiana e contra as armadilhas da memória pródiga. No entanto, pude contar com a complexa trama das narrativas surgidas no fio das discussões a propósito das experiências atravessadas, em situações concretas, por mim e por meus interlocutores e demais companheiros e companheiras de encontros e conversas. Restringi parte significativa de meu universo de observação e atuação às RTs: ou seja, ao mundo das 25 residências terapêuticas de Barbacena, mergulhando mais profundamente na “Residência 2”.

As “residências terapêuticas” objeto desta pesquisa fazem parte de uma “estratégia” pensada cuidadosamente para servir como instrumento de emancipação de pessoas marcadas pela longa internação psiquiátrica. Tal estratégia prevê entre outras coisas um rompimento com os hábitos adquiridos no hospital. Na outra ponta estão aqueles que, no seu cotidiano, articulam novas “táticas”, combinam novas maneiras de viver e de morar; ou seja, novos modos de habitar, com toda a bagagem vivencial que seus *moradores* trouxeram consigo de uma residência anterior: o hospital.

Táticas e estratégias, tal como concebidas por Michel de Certeau, dizem respeito a duas lógicas da ação. A estratégia é a lógica do produtor, do cálculo. Por outro lado, a tática joga com as circunstâncias dadas; e, ao mesmo tempo, é delas refém e aliada. Essa distinção é extremamente adequada para que se compreenda a maneira como pessoas, recém-saídas do hospital, estão reconstruindo suas vidas.

Não obstante tudo isto, considero que o modelo tático pode ainda ajudar a pensar sobre essa dimensão fundamental do trabalho antropológico que é a *pesquisa de campo*. No *campo*, as estratégias estiveram sempre em desvantagem. Em contrapartida, foram as táticas e a logística empregadas passo a passo que fizeram o trabalho avançar. E foi dessa forma que o *terreno* foi sendo esquadrihado e conquistado. Raras foram as oportunidades em que o desejável se fez possível.

1.3 A inserção no campo

As surpresas e os percalços durante o trabalho foram inúmeros. Antes de iniciar a pesquisa realizei algumas sondagens e falei com algumas pessoas, o que me proporcionou alguma segurança na elaboração do que imaginava serem boas estratégias de pesquisa. Uma das que considerava fundamental ao sucesso do trabalho era a minha inserção prolongada em pelo menos duas das “residências”. A idéia era acompanhar por três meses um *cuidador* em seu turno de trabalho: 12 horas por 36 de folga. No entanto, logo na segunda semana da pesquisa, essa idéia teve de ser abandonada. Na primeira conversa que tive com a coordenação do programa ficou evidente que o limite de ‘nossa’ cooperação, ou seja, até onde iriam apoiar-me no campo, restringir-se-ia aos contatos e eventuais conversas fora das ‘residências’. Deveria, pois, contentar-me, diziam, com manter-me fora de qualquer uma das 25 RTs. Entretanto, não podia aceitar evidentemente tal restrição, sob pena de não realizar meu trabalho. Ao mesmo tempo,

por razões óbvias, não deveria entrar em confronto com aquela instância reguladora. Intuindo os pontos fracos do argumento e do sistema de práticas atualizadas no âmbito das 'residências', contornando as aparentemente impossíveis barreiras a serem ultrapassadas, tal como procuravam desenhar para mim os obstáculos e dispositivos institucionais consolidados, não titubeei em pôr em ação, contra as manobras dilatórias e a estratégia dos operadores do programa, uma constante aproximação com os residentes.

Já que a idéia no início do trabalho era estar em contato com os moradores, a pesquisa poderia seguir de duas formas. A primeira seria a partir do Centro de Convivência, lugar onde o morador das residências terapêuticas, pessoas em tratamento no CAPs (Centro de Atenção Psicossocial) e pessoas dos bairros adjacentes, chamadas 'pessoas da comunidade', freqüentam os Cursos e têm aulas de artesanato, de dança e acesso a um concorrido projeto de alfabetização de adultos. A segunda forma seria começar pela vizinhança das residências e aproveitar as oportunidades em que os *moradores* das RTs estivessem do lado de fora de suas casas para entabular algum gênero de conversação, buscando assim tornar-me familiar aos seus olhares e não ser por eles eventualmente hostilizado ou evitado, consolidando a tão almejada aproximação.

Contudo, a opção que pareceu ser a mais adequada foi a de começar freqüentando o Centro de Convivência. Diariamente, 30 pessoas o freqüentam; sendo que destas, pelo menos 10 moram em residências terapêuticas. Ao contrário do que aconteceu com a tentativa de iniciar a pesquisa pelas RTs, flanqueando o terreno, o acesso ao Centro de Convivência foi extremamente fácil. O caráter público do Centro facilitou o meu acesso e portando abrindo as primeiras portas para a pesquisa pretendida.

Diferente das residências terapêuticas, locais de intimidade que têm como um dos seus princípios básicos a privacidade do morador, o Centro de Convivência é concebido como um local aberto a qualquer visitante que queira além do mais participar de suas atividades. Por conta dos freqüentes estágios em Psicologia realizados no Centro de Convivência, a presença de um estudante como eu não era percebida como um elemento perturbador, ao menos a primeira vista.

Assim, durante o período de março a julho de 2007 freqüentei o Centro, diariamente, das 14 às 17hs. Minha primeira tarefa foi, então, descobrir quais entre os seus *habitués* eram moradores de residências terapêuticas; tarefa que durou por volta de

três semanas, uma vez que os freqüentadores mudam conforme o dia da semana. Depois disso, ficou fácil reconhecer um morador em qualquer lugar da cidade. A idade avançada da maior parte deles; a sobreposição de roupas e a companhia do *cuidador facilitam* enormemente este reconhecimento.

No Centro de Convivência, além de não estarem acompanhados, é possível confundilos, principalmente os homens, com outros freqüentadores que fazem acompanhamento psiquiátrico no CAPs – Centro de Atenção Psicossocial.

Ter ido para o Centro de Convivência foi uma tática bem sucedida à medida que me proporcionou contato constante com os *moradores*. Foi também em decorrência dessa tática que logo apareceram os primeiros convites para as festas de aniversário nas “residências”. O primeiro desses convites surgiu com pouco mais de um mês de pesquisa. Daí por diante o Centro de Convivência passou a funcionar também como uma base onde encontrava os *moradores* e ficava sabendo das festas e demais ocasiões especiais nas residências.

Os primeiros *moradores* que conheci nas oficinas promovidas pelo Centro e por mim freqüentadas foram Raimunda, Lurdes e Vitória. Logo que cheguei, elas fizeram questão de me mostrar todos os trabalhos de artesanato que tinham feito. Dentre as três, Vitória era quem demonstrava maior talento com trabalhos manuais. Fazia todos com esmero, desde os mais simples aos mais sofisticados. Raimunda também fazia mais de um trabalho; porém, com alguma dificuldade. Lurdes fazia só um *ponto*, sempre devagar pelas dificuldades decorrentes das dores sentidas no braço. Contudo, a prosaica dor não era capaz de tirá-la de sua concentração e dedicada atenção às operações. Todas têm mais de 50 anos. Lurdes, a mais velha das três, tem 70 anos. Em relação à idade delas, devo dizer que se trata de uma idade aproximada, já que o hospital não mantinha como era de se esperar, registros de idade nos prontuários de seus vários pacientes; principalmente dos mais velhos. Estes ganharam dos funcionários uma data de nascimento provável, ainda no período que estavam no hospital.

O trabalho de campo no Centro se iniciava ainda do lado de fora de suas dependências. Em meio ao trajeto que se percorre até ele, localiza-se a casa onde as três senhoras acima mencionadas residem juntamente com outras cinco moradoras. A casa ficava distante uns 400 metros, apenas, do atelier. Isso permitiu que eu as acompanhasse quase todos os dias ao longo do pequeno caminho que percorriam até o Centro de Convivência. Essas eram ótimas oportunidades para observar como era a relação delas com a vizinhança e sua familiaridade com o universo da rua. Quando ao fim da tarde, de

retorno com elas, acompanhando-as para casa, sempre havia ocasião para uma rápida visita, a pretexto de tomar um copo d'água. Em pouco tempo, o meu pretexto virou também o delas; e sempre que queriam uma visita me chamavam para tomar água. Foi essa a “residência” que eu acompanhei mais de perto. Não por uma opção consciente de pesquisa, mas porque foram as primeiras moradoras que eu conheci e as primeiras a me acolher, com o convite para uma festa de aniversário.

No Centro de Convivência, como devem estar lembrados, comecei por uma oficina de artesanato que neste período ensinava a confecção de almofadas e onde ocasionalmente realizavam-se outros trabalhos de costura como o *fluxico*. Este é feito com retalhos de panos que, depois de trabalhados, isto é, ‘fluxicados’, são costurados um ao outro até que se obtenha a forma e o tamanho desejado. Embora seja possível confeccionar almofadas com o *fluxico*, a técnica usada na oficina para a sua confecção era diferente. A partir de uma tela com pequenos buracos quadriculados, que se chama *talagarça*, a parte da frente da almofada era criada. O trabalho funciona como um bordado. Os furinhos quadriculados da tela são específicos para esse tipo de trabalho, realizado com agulha, linha ou fita.

Esse trabalho se adequava perfeitamente bem às habilidades manuais dos frequentadores da oficina. Os *pontos* usados para preencher a tela podem ser simples ou muito sofisticados, conforme a habilidade do artesão. Outras variações faziam o trabalho se tornar mais simples ou rebuscado e complicado. Exemplificando, podemos dizer que é mais difícil trabalhar com uma fita do que com lã, além de se poder confeccionar uma almofada numa tela de 15 cm² ou de 50cm².

Como eu disse acima, minha presença (e minhas anotações) em uma oficina de artesanato frequentada majoritariamente por mulheres, não causou muita estranheza. Penso que contribuiu para isso o fato do Centro receber muitos estagiários de Psicologia. Digo isto porque esta foi a categoria em que normalmente fui incluído: *estagiário*.

Além dela, fui tomado, mais de uma vez, como *seminarista*, ‘ajudante da professora’, *aluno* da alfabetização, *cuidador* ou, simplesmente, como respondeu Marlene – moradora de uma residência, a uma *cuidadora* que tendo a ela se dirigido perguntou se eu trabalhava no *Bom Pastor*, ou seja, o modo como muitos dos habitantes da cidade conhecem o Centro de Convivência: –“Ele toma conta da aula”.

Outra vantagem de ter começado a pesquisa pelo Centro foi mais do que ter um lugar onde fazer a pesquisa de campo, ter um ponto de observação de onde podia, de

segunda à sexta-feira, realizar meu trabalho; fato extremamente confortante quando se inicia uma pesquisa. Nas primeiras semanas os acontecimentos se sucederam de forma bastante rápida para mim, tal como costuma ser o caso nas pesquisas de campo. Logo conheci algumas *moradoras* e *cuidadores*. Fui convidado para comparecer a uma primeira festa de aniversário nas residências e tudo parecia caminhar muito bem. Com o passar do tempo, entretanto, pouca coisa nova acontecia. A rotina de trabalhos manuais começava a se tornar extremamente monótona e tediosa. Ao mesmo tempo, via que os contatos realizados no Centro pareciam estar começando a dar frutos. Vislumbrava a possibilidade de minha saída dos limites auto-impostos em decorrência da tática por mim empregada para contornar os constrangimentos iniciais. Em pouco tempo poderia dar partida numa segunda fase de meu trabalho de campo. E desta vez as circunstâncias pareciam favorecer o acesso do pesquisador ao interior das casas e a intimidade da vida dos seus moradores nos confins das ‘residências terapêuticas’.

Uma lição importante que retive desse período do trabalho de campo é que tão importante quanto conhecer as pessoas é tornar-se conhecido por elas. As visitas às “residências” só se tornaram possíveis porque os *cuidadores* me conheciam lá do *Bom Pastor*. Pois este é o nome da paróquia e também o nome pelo qual as pessoas se referem a uma ONG: Instituto José Ferreira. O mencionado Instituto, como se verá mais adiante, gere, para a Prefeitura de Barbacena, o montante dos recursos destinados pelo Governo Federal para a manutenção do Programa, ou seja, para a manutenção das ‘residências terapêuticas’.

Enfim, esses 4 meses que passei acompanhando atividades de bordado, tricô, confecção de almofadas e até mesmo me aventurando nos trabalhos manuais, contribuíram sobremaneira para que todos me conhecessem. Mesmo aqueles que não sabiam exatamente o que eu estava fazendo ali, identificavam-me como parte do Centro de Convivência.

Logo que intensifiquei as visitas às ‘residências’, começou também o Curso de Capacitação de *cuidadores* promovido pela Coordenação de Saúde Mental do Município. O curso foi organizado em 5 módulos, um por mês. Os mais de 100 *cuidadores*, foram divididos em 4 grupos, que eram modificados de um mês para o outro. No curso, pude mapear as principais dificuldades que os *cuidadores* enfrentam nas residências, além das estratégias que utilizam para superá-las e os conflitos existentes entre o morador e o *cuidador*, o *cuidador* e as técnicas, e entre os *cuidadores* de uma mesma “residência”. Este curso de capacitação foi uma experiência de pesquisa

muito rica. Lá se dizia, a respeito das nem sempre afáveis e colaborativas relações entre *morador e cuidador*, o que em outros espaços certamente eu não teria ouvido ou sequer podido esperar compreender. Ouvia as histórias de residências e de seus *moradores*. Moradores e residências que eu só iria conhecer algum tempo depois.

Além do trabalho no Centro de Convivência e das visitas às residências terapêuticas, ao longo da pesquisa, lancei mão de táticas menos ortodoxas. Como eu mencionei acima, no mês de junho, transcorridos 4 meses de trabalho, avaliei que meu contato com as “residências” não estava se desenvolvendo no ritmo desejado. Como os convites para visitas e aniversários não estavam aumentando como eu previa, decidi fazer eu mesmo uma festa de aniversário, nos moldes das festas realizadas nas “residências”, em minha própria casa. Assim, organizei a coisa de tal modo que não faltassem as guloseimas; sobretudo o bolo *diet*, em razão da diabetes de vários moradores com idade avançada. Além dele, salgadinhos *light*, refrigerantes *diet e forró*. Todos aqueles que receberam o convite para felicidade do improvisado anfitrião compareceram.

Também obtive bons resultados com o uso de fotografias como pretexto para as visitas. Sempre que havia oportunidade, eu tirava fotos dos moradores e depois ia até as “residências” para entregá-las. Assim, além das anotações de campo, fazem parte do *corpus* etnográfico desta pesquisa, gravações de discussões surgidas no Curso de Capacitação em torno de problemas enfrentados nas residências terapêuticas, entrevistas e o registro fotográfico de todas as ocasiões que compõem não só parte do ciclo de vida do morador das residências, mas, do mesmo modo, da própria experiência urbana de uma Barbacena transida pela presença da *folie dans la place*; uma Barbacena, *Cidade dos Loucos*.

Capítulo 2. “Para quem precisa de cuidados em saúde mental, o melhor é viver em sociedade.”

Esta frase título foi retirada de uma cartilha produzida pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2004) com o intuito de divulgar informações sobre as “Residências terapêuticas”. Nela está sintetizado o princípio fundamental da reforma psiquiátrica brasileira. O rompimento com o modelo de assistência psiquiátrica baseado na internação hospitalar. Ela resume, ainda, o principal argumento mobilizado em torno do novo modelo, qual seja, o de que pessoas com transtornos mentais obtêm mais sucesso em seu tratamento e fazê-lo com mais qualidade de vida fora do hospital, ambiente em que a situação inicial do doente é agravada por novos transtornos, contribuindo para a cronificação da doença.

Tal como mostrei no capítulo introdutório o objetivo deste trabalho não é dizer se as RTs são uma política pública de saúde bem ou mal sucedida, apontando seus alcances e limitações a partir de exemplos tirados da pesquisa de campo. O que me interessa é compreender como é a viver em uma residência terapêutica após uma permanência tão longa em um hospital.

Evidentemente, viver em um hospital psiquiátrico não significa estar fora da sociedade, por mais peculiar que seja a vida nessas instituições. Também não me parece ser isso o que a frase título do capítulo afirma. Trata-se, da mudança de um tipo de vida em sociedade, aquela própria às “instituições totais”, para um outro, o das residências terapêuticas.

Antes de prosseguir na tentativa de mostrar as principais diferenças entre a vida nas residências terapêuticas e a vida nos hospitais, farei um breve histórico das alterações pelas quais passou a assistência psiquiátrica até a implantação das RTs. Entender um pouco do processo da reforma psiquiátrica facilitará a compreensão da proposta das residências, que representam hoje o ápice da política antimanicomial no Brasil.

2.1 A reforma psiquiátrica e as residências terapêuticas

A “reforma” é um tema presente na história da psiquiatria desde o seu nascimento com Phillipe Pinel, que fez do Hospital de Bicêtre e, posteriormente, o La Salpêtrière, instituições terapêuticas. Por trás dessa primeira transformações estava a crença no poder da ciência construída a partir da observação empírica dos fenômenos da realidade, e os ideais libertários da Revolução Francesa. Nos Hospitais Gerais, alvos da mudança empreendida por Pinel a internação era determinada por autoridades reais e judiciárias. Tratava-se de uma instituição de controle social sem pretensões terapêuticas. não de tratamento. Nelas, raríssimas eram as ocasiões em que se tinha a presença de um médico (AMARANTE, 2007).

Com a mudança empreendida por Pinel o Hospital Geral é medicalizado. Torna-se uma instituição científico-terapêutica, um espaço propício ao desenvolvimento do saber médico. Para ele os loucos deveriam ficar livres das correntes, mas para retomar efetivamente a liberdade deveriam recuperar a razão. Para tanto seria necessário o completo isolamento dos alienados, ponto chave do tratamento moral. Somente através do isolamento seria possível afastar os distúrbios de suas possíveis causas e, assim, obter sucesso no tratamento. Tal princípio servia também a um fim científico, o paciente isolado dava mais condições ao médico de observar o transtorno em estado puro, livre das influências externas (Idem, 2007).

No século XIX, as instituições psiquiátricas continuam a buscar uma orientação científica e as inovações de Pinel se espalham mundo a fora através da criação de hospitais psiquiátricos e da utilização de sua terapêutica o tratamento moral, em que o paciente é submetido a novos hábitos. Processo que de acordo com Paulo Amarante (2007:36) se intensifica com a promulgação da primeira lei de assistência a alienados, em 30 de junho de 1838, na França. Esse foi o caso, por exemplo, do Hospital Dom Pedro II, o primeiro hospício brasileiro, fundado em 1852 na cidade do Rio de Janeiro, nos moldes das instituições francesas.

Um belo exemplo da perspectiva que orientou a criação de instituições psiquiátricas durante todo o século XIX, e parte do século XX, pode ser encontrada no conto *O Alienista*, escrito por Machado de Assis. Em 1881. Neste conto, o racionalista Doutor Simão Bacamarte cria a Casa Verde, instituição voltada para o tratamento e o

estudo da loucura. Para tratar os loucos de forma sistemática, como pretendia o Doutor, era preciso separá-los e, para isso, definir critérios objetivos que distinguíssem a razão da loucura e que permitissem classificar esta última em diferentes graus. Seu ímpeto de estudar minuciosamente a loucura era tamanho que até o desfecho inusitado da narrativa, quase toda a população da pequena cidade do conto havia passado pela instituição de Dr. Bacamarte.

É um impulso muito parecido com o do personagem de Machado de Assis que dá origem aos primeiros hospitais psiquiátricos do Brasil, entre os quais está o Hospital Colônia de Barbacena, o primeiro de Minas Gerais, fundado em 1903. As colônias de alienados ou hospitais–colônia foram no passado as primeiras tentativas de reforma dos hospitais psiquiátricos já superlotados e alvos de constantes denúncias de maus tratos. Através do recurso ao trabalho estas instituições procuraram restabelecer o caráter terapêutico que as instituições psiquiátricas haviam perdido com a superlotação⁴. Para que os internos pudessem trabalhar elas eram construídas em grandes áreas agrícolas. Este foi o caso da Colônia de Barbacena, instalada, fora da região urbana da cidade, numa grande fazenda.

Esse processo de formação de uma rede de instituições psiquiátricas se inicia em 1852, com a criação do primeiro hospital psiquiátrico do país; entretanto, só virá a se consolidar no período do Governo Getúlio Vargas. A assistência psiquiátrica que até então era prestada, majoritariamente, pelos hospitais gerais, passa a contar a partir daí com uma ampla rede manicomial. A concentração do tratamento de transtornos mentais em instituições especializadas teve como consequência imediata a maior segregação dos doentes mentais.

A diferença fundamental entre essas “reformas” e o que hoje conhecemos como reforma Psiquiátrica Brasileira, que vai culminar nas residências terapêuticas, é que esta não pretendeu, como as outras reformas que a antecederam, aprimorar a terapêutica ou melhorar as condições de vida dos internos. Sua crítica se dirigiu aos pressupostos mesmos da Psiquiatria, à normatização, à segregação e ao controle. Esse movimento surge no final da década de 1970, período em que começam a aparecer denúncias de fraudes no sistema de financiamento dos serviços públicos de saúde, de abandono, violência e maus tratos dos pacientes internos em vários hospitais do país.

⁴ Um bom exemplo são as Colônias de Alienados inauguradas em 1890, na Ilha do Governador, e no Antigo Convento de São Bento, em resposta a superlotação do Hospital Dom Pedro II.

Logo em seguida, é criado o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM). Além de lutar por direitos trabalhistas esse movimento deu publicidade à forma como eram tratados os internos psiquiátricos e encampou definitivamente a “luta” antimanicomial.

Em Barbacena, os reflexos desse movimento começam a ser notados com a mudança da assistência psiquiátrica, que se inicia em 1979, após vir a público uma série de reportagens do Jornal ‘Estado de Minas’, intituladas “Os porões da Loucura”, que denunciaram as condições de vida dos internos no Hospital Colônia de Barbacena. No mesmo ano, o filme “Em nome da razão”, de Helvécio Ratton, mostrou a situação dos pacientes neste Hospital, e o psiquiatra italiano, Franco Basaglia, que seguramente é quem mais influenciou os caminhos da reforma psiquiátrica no Brasil, em visita a Barbacena, comparou o hospital a um campo de concentração.

Basaglia estava no Brasil por conta do III Congresso Mineiro de Psiquiatria. Lá, suas denúncias tiveram impacto imediato, resultando mudanças em várias gerências de instituições psiquiátricas do Estado, inclusive no próprio Hospital-Colônia. Desse período em diante, as mudanças se sucederam paulatinamente, verificando-se nos anos seguintes uma significativa baixa na taxa de mortalidade no hospital e uma diminuição progressiva do número de internos (CARDOSO, 1999).

Na década de 1980, as iniciativas oficiais no campo da saúde mental buscaram “racionalizar” e “humanizar” os hospitais psiquiátricos, investindo nos ambulatorios como alternativas à internação hospitalar. Essas medidas não melhoraram o atendimento de forma substantiva, nem afetaram a hegemonia do modelo hospitalar. Por outro lado, nesse mesmo período, houve uma significativa ampliação dos atores envolvidos com a reforma psiquiátrica. Inicia-se um forte movimento pela reformulação da legislação vigente e uma ampla divulgação das experiências psiquiátricas bem sucedidas fora do hospital.

O “Movimento pela Reforma Psiquiátrica Brasileira” nasce em 1987, tendo como lema “Por uma sociedade sem manicômios”. Logo em seguida, cria-se o “Dia da Luta Antimanicomial”, 18 de maio, com o objetivo de reunir outros setores, além dos profissionais ligados à saúde, em torno da questão da luta pelos direitos dos loucos. Em 1989, é apresentado o projeto de lei nº 3.657/89, “Lei da Reforma Psiquiátrica”, que visava:

“Impedir a construção de novos hospitais psiquiátricos e a contratação de leitos psiquiátricos pelo poder público; redirecionar recursos públicos para a criação de dispositivos não manicomial de atendimento e obrigar a comunicação das internações involuntárias à autoridade judiciária, que deveria dar parecer sobre a legitimidade da internação”. (Cf. SARMENTO, 2006:19)

A aprovação da lei só veio muitos anos depois, em 6 de abril de 2001, após ter sofrido algumas alterações. Apesar da demora, o terreno para a sua implementação já vinha sendo preparado com inúmeras mudanças na assistência psiquiátrica, sendo que a mais importante delas ocorreu um ano antes, com a Portaria Federal nº 106 instituindo os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs). Esse projeto foi criado para que houvesse condições de vida e moradia para os pacientes egressos das clínicas. As “residências terapêuticas”, como passaram a ser chamados os SRTs, procuram responder a um problema básico na desinstitucionalização do paciente psiquiátrico. As famílias, quando localizadas, são extremamente relutantes em receber de retorno ao lar. Por essa razão, o fechamento de vagas para a internação nos hospitais psiquiátricos implica, necessariamente, na criação de novos dispositivos para abrigar o ex-interno.

O princípio fundamental a ser observado na implantação de uma RT é que ela não deve ser um novo estabelecimento para onde o ex-interno é transferido, nem uma versão aprimorada e, em menor escala, do Hospital Psiquiátrico, mas uma casa “comum”.

“Os “Serviços Residências Terapêuticos” são uma modalidade assistencial substitutiva da internação psiquiátrica prolongada. O projeto terapêutico dos serviços deve visar, segundo a portaria 106, à construção progressiva da autonomia em atividades da vida cotidiana, ampliando a inserção social do morador. Essa construção se daria através da inclusão dos moradores em programas de reinserção social, tais como: programas de alfabetização, de reinserção no trabalho e na promoção da autonomia nas atividades domésticas e pessoais”. (SARMENTO, 2006, p.20)

Em Barbacena, as RTs foram rapidamente implantadas e hoje existem 25 “residências” em funcionamento⁵. A responsabilidade sobre essas casas é dividida entre o Governo Federal e o municipal, com recursos provenientes da realocação do dinheiro anteriormente gasto na ocupação de um leito hospitalar. Isto, porque para cada vaga aberta em uma residência terapêutica, uma é fechada em um Hospital Psiquiátrico. A

⁵ Em 2006, foi criado o NUDES (Núcleo de Apoio à Desinstitucionalização) de Barbacena, cujo objetivo é disseminar pelo país políticas bem sucedidas na desinstitucionalização psiquiátrica.

proposta é que, nas RTs, os ex-pacientes possam ter autonomia sobre suas vidas, organizarem-se para a realização de tarefas, passear pela cidade, e controlar os recursos do auxílio reabilitação psicossocial proveniente do Programa “De volta para a casa” do Governo Federal.

2.2 As residências terapêuticas em Barbacena

O meu interesse em pesquisar as residências terapêuticas foi posterior à vontade de tomar como objeto de estudo a cidade onde nasci. Em Barbacena, convivi durante toda a minha infância com as histórias dos loucos. Lá também aprendi a responder a jocosidade de pessoas das cidades vizinhas como, por exemplo, “Então você é da cidade dos loucos?”, “Cuidado! Ele é de Barbacena”. A resposta que todo barbacenense traz na ponta da língua, para essas brincadeiras e que eu também aprendi é: “Os “doidos” não são da cidade. Nós apenas tratamos deles”. O fato é que a cidade se recente da fama de “cidade dos loucos”, fama esta devida ao Hospital Colônia e as outras 8 instituições psiquiátricas que o seguiram.

Mesmo sendo conhecida por todo o Estado de Minas Gerais como “cidade dos loucos”, quem chega a Barbacena se depara com uma placa na qual se pode ler: “Bem-vindo a Cidade das Rosas”. Foi dessa maneira que a cidade quis ser conhecida, mesmo quando a produção e a exportação de rosas foram quase extintas, com a saída de uma multinacional holandesa Brasil Flowers, que comercializava o produto. Ao que tudo indica, esse quadro está se revertendo. Nos últimos anos parece haver uma tentativa de reelaborar a fama de “Cidade dos loucos”. O primeiro passo foi dado com a criação do Museu da Loucura, que representa um acerto de contas com a História do Hospital Colônia que, de acordo com os dados disponíveis no Museu teria sido palco de mais de 60 mil mortes. Depois do Museu, veio o Festival da Loucura, que foi criado pela prefeitura do município no intuito de celebrar o lado “bom” da loucura. Esse evento, que já completa quatro edições, todas com ampla divulgação nacional, pretende dar publicidade à mudança do tratamento psiquiátrico na Cidade, de depósito de loucos do tempo do Hospital Colônia às residências terapêuticas⁶. O Festival foi idealizado para se tornar o principal se tornar o principal atrativo turístico da cidade.

⁶ O Festival da loucura contou com grande divulgação nacional, em suas três edições. Na primeira, em 2006, foi notícia de destaque na Revista Carta Capital e no Caderno 2 do Jornal do Brasil; rendeu ainda

Barbacena está localizada no interior de Minas Gerais, entre as cidades de Belo Horizonte e Juiz de Fora, e tem aproximadamente 120 mil habitantes⁷. O município é conhecido por conta de sua tradição na política, pelo cultivo de rosas e principalmente pelo tratamento psiquiátrico. Se os que escreveram sua história estiverem corretos, da cidade estiverem corretos, a instalação do primeiro hospital psiquiátrico na cidade, resultou de uma astuta manobra política. Segundo essa interpretação, a cidade teria sido escolhida para a instalação do hospital como prêmio de consolação por ter perdido a disputa para ser a sede do Estado, a qual estava sendo transferida de Ouro Preto para Belo Horizonte (BARROS E SILVA, 2005, p.29).

O Hospital-Colônia de Barbacena, hoje CHPB (Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena), fundado em 1903, foi o primeiro hospital psiquiátrico de Minas Gerais. Nele se realizava boa parte dos tratamentos psiquiátricos, até a descentralização das políticas públicas de saúde mental, no ano de 1973. Pouco antes da descentralização, o hospital chegou a ter mais de quatro mil internos.

A História do Hospital Colônia, disponível no Museu da Loucura⁸, dá conta de três fases: a primeira, que vai de sua fundação em 1903 até o ano de 1934, é considerada um período de bom funcionamento da instituição; a segunda de 1934 a 1979, é a fase da crise e concentra a maior parte dos óbitos⁹ da história do hospital; a terceira fase tem início com a série de denúncias em 1979 e marca o começo da reestruturação da instituição.

Se prestarmos atenção a estas datas, veremos que o período chamado de “crise institucional” dura 45 anos. Numa releitura da história do hospital, a partir da análise de arquivos, a historiadora Mary Cristina Barros e Silva (2005) mostra que o número de internações já estava crescendo progressivamente no período anterior a 1934, fenômeno que também ocorreu em outros grandes hospitais psiquiátricos do país, como o Juquery, em São Paulo, e o Dom Pedro II, no Rio de Janeiro.

Portanto, o aumento progressivo do número de internações psiquiátricas que levou o Hospital a uma situação insustentável, estava em consonância com o que acontecia em outras grandes instituições psiquiátricas brasileiras. Da mesma maneira, processos semelhantes ao ocorrido em Barbacena, a partir de 1979, já estavam em curso

matérias menores em várias revistas e jornais. Foi objeto de matéria de grande repercussão também no Programa *Fantástico* da TV Globo.

⁷ Fonte: IBGE (113.847 em 2000).

⁸ Em 16 de agosto de 1996, o “Museu da Loucura” foi inaugurado no interior do centro hospitalar Psiquiátrico de Barbacena, pensado para ser um marco da nova fase do tratamento psiquiátrico.

⁹ Os dados disponíveis dão conta de 60 mil mortos (BARROS E SILVA, 2005).

em outros lugares do Brasil e faziam, todos eles, parte do mesmo esforço nacional de reforma da estrutura e dos pressupostos da assistência psiquiátrica.

Essas mudanças, na assistência psiquiátrica da cidade, que começaram em 1979, têm como ápice a instalação em Barbacena, da primeira residência terapêutica no ano de 2000. Como já foi dito, essa foi uma política pensada para atender aqueles internos que não tinham condições de retornar ao convívio familiar, fosse por conta da perda do contato com os parentes ou pela recusa das famílias em aceitá-los de volta ao lar após os muitos anos de internamento.

Com o processo de desinstitucionalização psiquiátrica em curso, logo surgiu o problema de o que fazer com as pessoas que poderiam sair do hospital, mas que não contavam com o apoio familiar, ou mesmo sequer tinham idéia de como encontrar a família? Assim, já em 1992, a II Conferência de Saúde Mental, promovida pelo Ministério da Saúde, ressaltava o papel estratégico dos dispositivos residenciais no processo de reestruturação da assistência psiquiátrica no Brasil. Em Barbacena depois da primeira residência terapêutica inaugurada em 2000, foram instaladas mais 24, somando-se 25 ao todo.

Antes, porém que as residências fossem introduzidas pelo “Sistema único de saúde - SUS, as cidades de Campinas, Santos, Rio de Janeiro e Porto Alegre já desenvolviam com sucesso, desde o início dos anos 1990, experiências similares. No Brasil, apesar do projeto ainda não ter o alcance esperado pelos profissionais envolvidos na proposta, o Ministério da Saúde, em 2004, computava 272 residências, espalhadas por 14 estados brasileiros (FURTADO, 2005:788).

O curioso nas RTs é que elas são um dispositivo de saúde mental criado para funcionar como se não fosse um serviço de saúde. A própria denominação, serviços residenciais terapêuticos, adotada na portaria nº106 foi alvo de críticas, já que ela exprime de maneira bastante clara esta ambigüidade (furtado). Portanto, mesmo sendo considerados espaços de “reabilitação”, as RTs não são tratadas pelo Ministério da Saúde como serviços de saúde; mas como moradias que devem estar articuladas à rede de atenção psicossocial de cada município, fazendo parte dessa rede o CAPs, os Centros de Convivência e as Equipes de Saúde da Família.

A idéia é que as RTs funcionem da forma mais parecida possível com uma “casa de família”. Devem abrigar no máximo 8 pessoas egressas de longa internação

psiquiátrica¹⁰. Em termos gerais, uma residência terapêutica é um serviço extra-hospitalar que, a partir da criação de um ambiente doméstico, pretende restaurar as relações sociais, estimular a participação nas decisões e a cooperação no trabalho doméstico. A proposta é dar um lar e recuperar a “autonomia” dos ex-pacientes. As RTs devem ter todos os equipamentos necessários a uma casa. Podem abrigar até oito pessoas, distribuídas em no máximo três por quarto, para que não se repita o regime de uma enfermaria. Segundo a portaria nº 106/2000 as residências terapêuticas visam:

“(...)garantir assistência aos portadores de transtornos mentais com grave dependência institucional que não tenham possibilidade de desfrutar de inteira autonomia social e não possuam vínculos familiares e de moradia em dispositivos alternativos, extra-hospitalares”. (Cf. Portaria nº 106/2000 do Ministério da Saúde)¹¹

As RTs, com algumas poucas exceções¹², contam com a assistência dos *cuidadores*, que se revezam em dois turnos de 12 horas. Esses profissionais (homens e mulheres), que no caso de Barbacena não têm nenhuma formação em saúde, trabalham no apoio ao ex-interno. Eles têm a tarefa de iniciar os ex-pacientes na vida fora do hospital, procurando dosar os cuidados necessários com a autonomia que o projeto pretende que os ex-internos alcancem. Mesmo aquelas residências que não contam com a presença de *cuidadores* têm a supervisão de um técnico de referência, profissional formado em Psicologia, Serviço Social ou Enfermagem que acompanham as RTs através de visitas semanais.

A gestão do projeto na cidade é dividida entre a Coordenação de Saúde Mental da Prefeitura, que faz o acompanhamento técnico e seleciona a mão de obra para o trabalho nas “residências”, e uma ONG, o Instituto José Luiz Ferreira. A intenção da parceria entre a ONG e o Município foi dar mais flexibilidade e agilidade à administração dos recursos das RTs, considerando que o projeto vinha tendo problemas para alugar casas e contratar mão de obra¹³.

¹⁰ Recentemente foram incluídas nesta política do Ministério da Saúde pessoas que mesmo sem um histórico de internações psiquiátricas tenham a questão da moradia avaliada, pela equipe de profissionais do CAPS, como estratégica no seu processo terapêutico.

¹¹ A Portaria nº 106/2000 do Ministério da Saúde está reproduzida na íntegra em anexo.

¹² Não há *cuidadores* nas residências de um casal. Sempre que um namoro entre moradores das residências chega ao casamento é porque a equipe dirigente já avaliou o casal e considerou que eles têm autonomia suficiente para prescindir do apoio do *cuidador*. No entanto, ao saírem do hospital, todos passaram por residências assistidas pelos *cuidadores*.

¹³ A respeito desta parceria ver

Nos documentos do Ministério da Saúde sobre as residências terapêuticas, o termo ‘reabilitação psicossocial’ é usado com bastante frequência. O acompanhamento psiquiátrico no CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), o tratamento nos postos de saúde do bairro, o acompanhamento pelas equipes de saúde da família, e a participação nas atividades e organizações da comunidade em que a “residência” está inserida fazem parte do processo que eles chamam de reabilitação.

Os atuais moradores das residências terapêuticas são, com muito poucas exceções, “portadores de transtornos mentais”, egressos de longa internação psiquiátrica em hospitais conveniados ao SUS, e que permaneciam no hospital por falta de outra alternativa. Recentemente, foram incluídos nesta política tanto os egressos de internação em Hospitais de Custódia e tratamento Psiquiátrico e as pessoas que fazem acompanhamento psiquiátrico no CAPs - Centro de Atenção Psicossocial, que têm problemas de moradia identificados como “estratégicos no seu projeto terapêutico” (Brasil, 2004), como moradores de rua com problemas psiquiátricos “severos”, quando inseridos em projetos terapêuticos no CAPs.

No trabalho de campo, encontrei apenas dois moradores que não vieram do hospital. Eles são um casal de irmãos que viviam com a mãe e que, após sua morte, foram encaminhados a uma residência terapêutica¹⁴. Todos os outros tinham em sua biografia vários anos de internação. Algumas dessas pessoas, com as quais estive em contato durante a pesquisa, foram internadas no hospital ainda crianças. Esse é o caso do Toninho, da Magna, do Miguelzinho e da Maria das Graças, a João. Todos eles fazem parte de uma leva de crianças que vieram para o Hospital Colônia de Barbacena, hoje Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena e que ficaram conhecidas como meninos de Oliveira.

Na cidade, ainda há internos nos hospitais psiquiátricos que se enquadram ao perfil da clientela do projeto. A saída de um paciente do hospital psiquiátrico é sempre precedida de uma avaliação da coordenação do projeto. Esta avaliação leva em conta a capacidade do paciente de se adaptar à nova vida, sua vontade de mudar, ou ainda sua propensão a não resistir à saída do hospital. Há várias pessoas morando nas RTs que resistiram em deixar o hospital. João (Maria das Graças) é um exemplo dessa

¹⁴ Embora não haja residências terapêuticas mistas, nesse caso em particular, a coordenação de saúde mental do município considerou que não seria adequado separar os dois irmãos, tendo em vista estarem muito perturbados com a morte da mãe. Essa decisão foi revista meses depois por conta da relação incestuosa que os dois mantinham na casa, relação que de acordo com o que se sabe já existia quando ainda moravam juntos com a mãe.

resistência. Ainda hoje ela reclama bastante. Diz que a casa é fria, que a cama é baixa, que não há corrimão nas paredes para o apoio e que as escadas para o terreiro a impede de tomar sol. Além de enumerar estas dificuldades ela lembra com muita saudade de alguns funcionários do Hospital e conta com prazer as estripulias de quando chegou no Hospital, pequenas traquinagens que valeram-lhe o apelido de João. Já aquelas pessoas internas em Hospitais particulares desabilitados pelo SUS, não tiveram opção, foram morar nas “residências”.

2.3 As instituições totais e as residências terapêuticas.

Os responsáveis pelas residências terapêuticas estão empenhados em transmitir a imagem de que elas representam uma ruptura radical com o modelo hospitalar. De certa maneira, essa também foi a motivação dessa pesquisa, isto é, falar da mudança representada pelas RTs na vida dos ex-internos. No entanto, a idéia de que o modelo do hospital é completamente deixado para trás é um equívoco porque, embora as diferenças entre a vida nas RTs e nos hospitais sejam visíveis e importantes, não há como deixar de observar algumas continuidades.

Para tanto, o estudo de Erving Goffman (1984) sobre as instituições totais pode fornecer um excelente marco comparativo entre a vida nas residências e o regime de vida nos hospitais. Entender o funcionamento dos hospitais ajudará a dimensionar a mudança representada pelas residências terapêuticas.

Em suma, Goffman caracteriza as instituições totais como lugares nos quais, por um longo período, um grande número de indivíduos realizam a totalidade de suas atividades separados da sociedade, tendo suas vidas formalmente administradas pela instituição. Segundo ele, as instituições totais promoveriam uma ruptura com a disposição básica do indivíduo na sociedade moderna de “dormir, brincar e trabalhar em locais diferentes, sob diferentes autoridades e sem um plano racional geral”. Dois aspectos dessa ruptura merecem especial atenção. O primeiro diz respeito ao fato de todos os indivíduos, nas instituições totais, realizarem suas atividades diárias na companhia de várias outras pessoas, tratados de uma mesma maneira e levados a realizar em conjunto as mesmas tarefas. O segundo aspecto, não menos importante que o primeiro, diz respeito ao fato de que os indivíduos, nessas instituições totais, encontram-se submetidos ao que o autor chamou de “plano racional geral”. Isso quer

dizer que suas atividades diárias são organizadas de forma rigorosa, em horários específicos e com durações pré-determinadas, compondo uma seqüência de atividades que é imposta por um “sistema de regras formais e explícitas e por um grupo de funcionários” (GOFFMAN, 1984).

Há uma passagem do livro “A Montanha Mágica”, de Thomas Mann (1983), que ilustra perfeitamente esse aspecto das instituições totais. Trata-se de uma reflexão do narrador acerca do tempo, na estação de cura onde estava Hans Castorp, personagem principal do livro. Este chega à estação de cura, onde já se encontrava Joaquim, seu primo, para passar apenas três semanas e acaba ficando indefinidamente.

“O ritmo constante e monótono do curso do tempo, a organização minuciosa e prefixada do dia normal, que era sempre o mesmo, idêntico a si próprio, repetindo-se a ponto de criar confusão, a eternidade parada tornava difícil compreender por que tinha a faculdade de acarretar transformações – essa ordem inabalável do programa diário incluía, como todos se recordam, a ronda do Dr. Krokowski entre três e meia e quatro da tarde.” (MANN, 1983: 442)

Outro aspecto destacado por Goffman acerca das instituições totais, é o caráter híbrido no que se refere à sua organização.

“(…) a instituição total é um híbrido social, parcialmente comunidade residencial, parcialmente organização formal, aí reside seu especial interesse sociológico. Há também outros motivos que suscitam nosso interesse por esses estabelecimentos. Em nossa sociedade, são as estufas para mudar pessoas, cada uma é um experimento natural sobre o que se pode fazer ao eu”. (GOFFMAN, 1984, p.22)

A análise do autor sobre as “instituições totais” é importante não só por nos ajudar a entender como era a vida dos moradores das residências terapêuticas, quando estavam no hospital, como também para pensarmos nos aspectos que aproximam e distanciam a clínica das residências terapêuticas. Antes de prosseguir, no entanto, é importante frisar que o projeto das residências terapêuticas foi pensado como um modelo alternativo ao hospital psiquiátrico. Tudo aquilo que no hospital é identificado como “mecanismo de cronificação” é evitado e combatido nas “residências”. A vida pregressa dos moradores no hospital é percebida pela equipe dirigente de maneira extremamente negativa. Os hábitos adquiridos no hospital são invariavelmente vistos como vícios que devem ser corrigidos nas “residências” e as explicações para essa

postura ultrapassam as diretrizes terapêuticas. Elas estão vinculadas com o processo político que levou à condenação do hospital como recurso terapêutico e que permitiu a criação das RTs. Dizem respeito, principalmente, à condenação política de uma forma de lidar com a loucura.

Assim, por terem sido pensadas em oposição ao modelo hospitalar, as RTs devem servir exclusivamente para moradia. Tratamentos de saúde, sejam eles psiquiátricos ou não, devem ser feitos em espaços apropriados, fora das “residências”. A idéia é, portanto, romper com a principal característica das instituições totais, isto é, a concentração de todas as esferas da vida em um mesmo ambiente.

Além disso, um diferente projeto terapêutico é feito para cada morador. Este projeto é elaborado pelas técnicas de referência e pelos *cuidadores* de acordo com os interesses e as dificuldades de cada um. Novamente, em contraposição às instituições totais, os moradores não são levados a realizar as mesmas tarefas juntos. O próprio Centro de Convivência é um bom exemplo disso. Nele, o morador não está submetido à autoridade do *cuidador* e a sua frequência ao centro, apesar de incentivada, não é compulsória. O Centro foi criado também com a finalidade de que o morador, ao deixar a sua “residência”, tivesse a possibilidade de ampliar o seu leque de contatos sociais. Por essa razão, ele é aberto a todos da comunidade que pretendam participar de seus cursos e atividades. Na prática são poucos os frequentadores do Centro de Convivência que não estão em acompanhamento psiquiátrico no CAPs ou vivem em uma RT.

Outro importante argumento de Goffman para pensar a vida dos ex-internos é que, segundo ele, na sociedade contemporânea, o indivíduo adulto não precisa mais se preocupar com as correções possíveis às suas ações. Ele já incorporou previamente os padrões socialmente aceitáveis. Ele possui liberdade para manter seu ritmo pessoal, sem a preocupação com as sanções sociais. Em muitas das atividades, o indivíduo faz suas escolhas sozinho. Entretanto, na instituição total, a situação é diferente.

“Numa instituição total, no entanto, os menores segmentos da atividade de uma outra pessoa podem estar sujeitos a regulamentos e julgamentos da equipe diretora. (...) Cada especificação tira do indivíduo uma oportunidade de equilibrar suas necessidades e seus objetivos de maneira pessoalmente eficiente, e coloca suas ações a mercê de sanções. Violenta-se a autonomia do ato”. (GOFFMAN, 1984, p.44)

Por essa razão, ele ressalta que não há forma mais eficiente de perturbar a “economia da ação” de uma pessoa do que a obrigar a depender da permissão de outrem para realizar atividades que ela poderia fazer sozinha. A princípio, nenhum item da conduta dos residentes nessas instituições, por mais insignificante que possa parecer, está imune à autoridade dos dirigentes. Nas RTs, essa necessidade de permissão perde o caráter rígido que tinha nos hospitais, mas persiste em graus variados de uma “residência” para outra.

Outro aspecto a ser frisado é que nas “residências” não há horários pré-determinados por funcionários para as atividades. São os moradores, com o apoio dos *cuidadores*, que, aos poucos, desenvolvem essas rotinas. Nas “residências” que frequentei, identifiquei que mesmo quando os moradores já haviam estruturado uma rotina, deixavam espaço para acomodar acontecimentos extraordinários. Quando, por exemplo, um morador sai com o *cuidador* para ir ao médico pela manhã, a comida dos dois é guardada para que comam quando voltarem. Aos domingos, principalmente, a rotina fica comprometida porque saem com o *cuidador* para almoçar em um restaurante, fato que não é visto como um problema. Se o horário do almoço admite certa flexibilidade, as outras atividades têm horários ainda mais maleáveis. Também não há horários para dormir ou para acordar e a qualquer hora do dia pode-se “tirar uma soneca”. Apenas os horários dos remédios são rigidamente obedecidos.

A posse de bens pessoais é mais uma inovação das RTs. Anteriormente, no hospital, os bens pessoais eram substituídos por aqueles com a marca da instituição. Em consequência disso, nos hospitais, os pacientes tinham o hábito de carregar todas as pequenas coisas que conseguiam reunir junto do corpo. Usavam todas as roupas de uma só vez, umas por cima das outras, e os objetos que não podiam vestir, como papéis, santinhos e cachimbos, colocavam-nos num “embornal”. Nas RTs, ao contrário, eles têm facilidade para possuírem suas próprias coisas e têm um lugar para guardá-las e expô-las, fato que Goffman diz ser bastante significativo:

“Um conjunto de bens individuais tem relação muito grande com o eu. A pessoa geralmente espera ter certo controle da maneira de apresentar-se diante dos outros. Para isso precisa de cosméticos e roupas, instrumentos para usá-los ou consertá-los, bem como um local seguro para guardar esses objetos e instrumentos – em resumo, o indivíduo precisa de um estojo de identidade” para o controle de sua aparência pessoal. Também precisa ter acesso a especialistas em apresentação – por exemplo, barbeiros e costureiras”. (GOFFMAN, 1984, p.29)

Sarmento (2006), ao tratar das dificuldades da saída do hospital para a residência terapêutica, exemplifica o caso de uma moradora de uma RT em Niterói (RJ), que, embora estivesse na “residência” há meses, continuava escondendo os sapatos debaixo do colchão para que não fossem roubados. Nas RTs em Barbacena, a enorme satisfação com que os moradores mostram os seus pertences¹⁵ chama a atenção. Não se visita uma residência sem que algum morador lhe abra o guarda roupa e mostre-lhe seus pertences e como eles estão bem organizados, as fotos abaixo dão uma mostra disso.



Ao falarmos da vida em instituições fechadas, não posso deixar de mencionar o incontornável trabalho de Oracy Nogueira junto aos estabelecimentos para o tratamento da tuberculose em Campos do Jordão. *Vozes de Campos do Jordão: experiências sociais e psíquicas do tuberculoso pulmonar no Estado de São Paulo* é, sobre muitos aspectos, um livro pioneiro; um livro que guarda muitas semelhanças e conclusões em comum com *Manicômios, prisões e conventos*, lançado por Erving Goffman 11 anos depois do livro de Oracy Nogueira. Nesse que é o seu primeiro livro Nogueira já se revela um sociólogo maduro e um pesquisador sagaz e ávido pelo trabalho de campo. Retomar aqui *Vozes de Campos do Jordão* é para mim por demais importante. Passados hoje 58 anos da sua publicação, continua ainda a nos oferecer inúmeras lições e sugerir caminhos bastante frutíferos para a pesquisa empírica, alguns deles esquecidos por décadas pela sociologia brasileira. Como se isso já não bastasse, toda a pesquisa de

¹⁵ No Anexo III há algumas fotos dos moradores em seus quartos, ao lado dos seus pertences cuidadosamente dispostos sobre a cômoda.

Oracy Nogueira foi realizada em uma pequena cidade que, tal como Barbacena, se especializou em certo tipo de instituição médica.

Goffman afirma que instituições tais como aquelas estudadas por Oracy Nogueira, as quais o sociólogo americano denomina ‘instituições totais’, são, em nossa sociedade, verdadeiras “estufas” para mudar pessoas. Esta foi fundamentalmente a mesma conclusão à qual chegou, mais de uma década antes de Goffman, Oracy Nogueira, especialmente quando chama nossa atenção para “a importância potencial dos ‘ambientes coletivos’ como meio educacional uma vez que se disponha de elementos satisfatórios para a implantação e disseminação de padrões de comportamento” (NOGUEIRA, 1950:).

A pesquisa que resultou no esgotadíssimo livro foi realizada em sua maior parte no ano de 1944 e o seu relatório final foi apresentado como tese de mestrado na Escola Livre de Sociologia e Política de São Paulo, instituição a qual o autor se manteve vinculado até 1961. Foi uma das primeiras teses de mestrado em Ciências Sociais defendidas em uma instituição acadêmica brasileira.

A intenção de Nogueira em seu trabalho foi dar uma contribuição mais adequada à compreensão das atitudes e comportamentos dos portadores de tuberculose pulmonar. O fato de se tratar de uma doença contagiosa e crônica exigia o isolamento do paciente em cidades ou estabelecimentos especializados por longos períodos, estreitando o contato com outros doentes e com profissionais de saúde.

Como o trabalho pretende sugerir uma nova perspectiva no estudo do comportamento e dos traços de personalidade de doentes tuberculosos, Oracy Nogueira, irá procurar determinar qual seria a importância para esses comportamentos do deslocamento do doente afastando-o de seu antigo círculo de relações sociais.

Em sua análise Nogueira vê os grupos de doentes como unidades “sociais com uma estrutura própria que regula, até certo ponto, a interação entre os membros do grupo, e assim, assegura a continuidade e identidade morfológica deste”. Ao ingressar no hospital as trajetórias sociais, as posições que tinham do lado de fora são borradas. No hospital há basicamente três distinções: médicos, enfermeiros e pacientes.

O levantamento de dados para a pesquisa é realizado com dois grupos, pessoas que fazem o seu tratamento em consultórios particulares e dispensários gratuitos em São Paulo, pacientes externos já que não vivem nessas instituições e doentes integrados no que o autor chama de “ambiente tuberculosos” da estação de cura que vivem em sanatórios, pensões e casas particulares.

De acordo com o autor na comparação desses dois conjuntos de dados há o inconveniente das informações sobre as pessoas que se tratavam na capital ter tido pouco controle em sua coleta. Por essa mesma razão o corpus de informações colhidas em Campos de Jordão através das mais diversas técnicas de pesquisa foram mais controlados. A maior acessibilidade a sanatórios e pacientes na cidade proporcionou esse maior controle. Por essa razão a pesquisa se concentra fundamentalmente nesse segundo conjunto de informações.

Com esse comentário entramos na metodologia do seu trabalho. Nesse campo Nogueira se utilizou de todos os recursos que considerou conveniente, entrevistou doentes, médicos, enfermeiros e administradores de sanatórios; pesquisou e reuniu recortes de jornais, prospectos, mapas e regulamentos; colecionou ainda documentos pessoais como cartas, trabalhos literários, diários; aplicou questionários tendo em vista a obtenção de dados mensuráveis e como pretexto para a obtenção de histórias de vida, e realizou ainda observação direta nos sanatórios. Neste ponto cabe lembrar o excelente apêndice metodológico que acompanha o livro. Deste apêndice eu destacaria o capítulo sobre o uso de documentos íntimos nas Ciências Sociais, um recurso que se bem utilizado pode ser de extrema utilidade para a pesquisa como foi o caso desse estudo.

O segundo capítulo do apêndice é sobre o uso do questionário nas Ciências Sociais, seguido por vários modelos de questionários aplicados na pesquisa e ainda o exemplo de um questionário preenchido. Com esse apêndice ele deixa ainda mais claro o rigor metodológico com que ele realizou a pesquisa, pensando em cada ponto e utilizando, passo a passo, as mais distintas e diferentes técnicas para obter uma melhor apreensão do objeto pesquisado.

Como primeiro passo de sua pesquisa ele listou as “idéias e atitudes correntes sobre a tuberculose no estado de São Paulo”. Com isso ele pode ter acesso ao tipo de reação provável do doente no mundo exterior quando da descoberta da doença e principalmente com que tipo de concepção da tuberculose o doente ingressava no hospital, já que ao entrar ele ainda vê a tuberculose como quando estava são.

A primeira dessas idéias é a de sanção sobrenatural; a tuberculose para essas pessoas implicaria impureza ou culpa por parte do doente, seria um castigo pela transgressão de leis divinas. Nogueira identifica essa atitude, com freqüência, entre pessoas de pouca formação, para as quais “o controle das forças que produzem a doença ainda é quase inteiramente uma questão de conjurações, promessas e satisfações

rituais”. Resumidamente, nas palavras de um de seus informantes, “a doença é Deus quem manda”.

A segunda posição diante da doença veria sua ascensão no século XIX com o apogeu das concepções naturalistas sobre o universo, fazendo com que o tuberculoso, antes considerado impuro, passasse a ser visto como um infeliz, merecedor de simpatia e cuidados especiais da parte de seus familiares e amigos, tornando-se assim, um “herói sofredor”.

Com a descoberta em 1882 do bacilo de Koch e as suas implicações, tem-se uma terceira concepção. O doente passa a ser evitado não por razões místicas, mas profiláticas. A quarta, finalmente, liga-se de certa maneira a concepção anterior e diz respeito ao fato de generalizar-se cada vez mais a apreensão da tuberculose como um “flagelo social” e o tuberculoso, como membro dessa mesma sociedade, vê-se, então, como vítima, já que tal ‘flagelo’ colocava em perigo valores sociais como a vida e a capacidade de produção das pessoas. A doença passa a ser tratada doravante como um problema social. É importante lembrar que estas concepções não são excludentes, todas elas estão mais ou menos disseminadas pela sociedade e podem ser utilizadas concomitantemente.

Assim, em vista do pavor provocado pela tuberculose o doente teria duas alternativas: isolar-se ou esconder o seu caso para evitar problemas com outras pessoas, alternativa viável, sobretudo, nos grandes centros, dada a natureza secundária dos contatos. Por conta de seu estado físico e das limitações decorrentes deste, ele vive em um constante estado de apreensão e constrangimento. Resumiria o dilema do indivíduo que se descobre doente da seguinte maneira: ele, por está ciente das implicações da tuberculose, tenta esconder a doença por que não quer se afastar das pessoas que lhe são próximas; isso exige dele, no entanto, que venha a mentir sobre sua condição para essas mesmas pessoas que lhe são caras. Além do mais, sabe do perigo da contaminação e procura evitá-la; sabe, também, que as limitações físicas impostas pela doença logo o denunciarão. A solução para esse dilema em que se vê imerso o tuberculoso é a do internamento nos sanatórios, mesmo em casos em que esse não é obrigatório.

Sobre esse assunto Nogueira acrescenta alguns depoimentos, para embasar a afirmação do desconforto do doente fora da estação de cura. Em seguida ele analisa as respostas dos pacientes a pergunta: algum amigo ou conhecido evitou a companhia sua companhia por conta da tuberculose.

Por essas circunstâncias, no que diz respeito às relações sociais, os pacientes são obrigados a levar uma vida quase artificial. Como já havia dito, esta é uma situação tão dramática que mesmo onde o isolamento não é compulsório muitos doentes procuravam, espontaneamente, as estações de cura.

Após ter nos apresentado o que pretendia com a pesquisa, sua metodologia de trabalho e os fatores que levam portadores da doença a isolar-se, Oracy Nogueira começa a descrever como é a vida do tuberculoso em uma estação de cura.

Esta segunda parte do seu livro é iniciada com informações sobre Campos do Jordão, cidade que tem uma altitude média de 1.600 metros, cujo desenvolvimento se deu, em grande medida, por conta da fama granjeada por seu clima seco e ameno.

No ano de 1913 um informante que residiu na Vila calculava cerca de 30 casas habitadas por pessoas que buscavam tratamento contra tuberculose pulmonar. A função de cidade de cura surgiu espontaneamente com o desenvolvimento da cidade, vindo o reconhecimento oficial a ocorrer somente em 1º de outubro de 1926 com a criação, pelo Governo Estadual, da “prefeitura sanitária”.

A divisão e conseqüente competição entre doentes e sãos provocou na cidade uma especialização espacial. Dos três distritos da cidade somente **PUTARIA** foi reservado para desempenhar o papel de balneário destinado exclusivamente ao veraneio dos corpos sãos. *Jaguaribe* ficou como núcleo de transição, com predomínio de doentes com maiores recursos financeiros. *Albenersia*, além de centro financeiro e administrativo, tornou-se o ponto de irradiação da zona sanatorial, propriamente dita. Não deve passar despercebida a atenção dada por Oracy Nogueira com a morfologia urbana e social do sítio da cidade, marca da escola de Chicago, que irá acompanhá-lo por toda a sua vida e trajetória acadêmico-intelectual.

A reunião dessas condições em Campo do Jordão fez com que na cidade a tuberculose fosse um assunto predominante e absorvente. A constante interação entre os doentes e os seus associados, cria um “ambiente tuberculoso”. Esta expressão é usada pelo autor para designar a continuidade e consistência do grupo, “donde emerge uma organização espontânea e um acervo de modos de pensar, sentir e agir” (Cf. Nogueira, 1950: 41), percebida pelos próprios doentes que a designaram com tal expressão.

Nogueira chama atenção, ainda, sobre a formação de um espírito de grupo e o surgimento de uma série de noções, preceitos e práticas próprias ao grupo. A lista de gírias usadas nos sanatórios e reunidas por ele é um bom exemplo das relações entre os pacientes.

O espírito de grupo representado pela divisão feita pelos pacientes entre o mundo dos tuberculosos e o mundo dos não-tuberculosos, pela superavaliação da experiência de doente e na referência a todos os companheiros como colegas, diminui, segundo nosso autor, automaticamente, a sensação de inferioridade. Isso seria fruto do que Oracy Nogueira chama de “mecanismo de acomodação psíquica”, que deriva do fato do doente sempre encontrar casos piores que o seu.

Nogueira dedica também muita atenção as atitudes iniciais dos pacientes em relação ao “ambiente tuberculoso”. O fato potencialmente mais problemático da ida para o hospital é que quando descobre a tuberculose o doente já é portador do estereótipo sobre a doença, combinando medo, repugnância e compaixão.

Essa afirmação é sustentada por várias questões feitas aos pacientes, por exemplo: como encaravam a tuberculose antes de se descobrirem doentes; se antes de ficarem doentes evitavam o contato com tuberculosos e se antes da doença acreditavam na cura. A todo tempo o autor entremeia os resultados das questões com alguns dos depoimentos mais significativos.

Boa parte dos estereótipos em relação a tuberculose pulmonar, aos doentes e aos sanatórios, Nogueira atribuiu a reminiscências de uma fase ultrapassada na medicina, tendo em vista especialmente os casos de cura e o bom aspecto de boa parte dos pacientes. Quase todos os doentes relutam em aceitar sua enfermidade como tuberculose; e a idéia de se integrar aos outros pacientes sempre é acompanhada de significativa resistência. Como apreenderam a olhar o mundo de fora, a atitude de quase todo neófito é de resistência ao novo meio. Das respostas obtidas por ele dos 26 pacientes essa foi a atitude inicial encontrada em nada mais nada menos do que 22 dos entrevistados.

Aos poucos, no entanto, começa a ter efeito o “mecanismo de acomodação psíquica” e lentamente vai se processando mudanças de comportamento dos pacientes em relação à doença e ao próprio sanatório. Concorrem para a acomodação ao “ambiente tuberculoso”, além do longo tratamento, a tendência à racionalização e a pressão do grupo. A racionalização diz respeito ao processo inconsciente de iludir-se a si mesmo, de se justificar, de forma que a realidade seja apresentada com argumentos que estejam de acordo com seus desejos e aspirações. Nogueira exemplifica esse processo confrontando as opiniões sobre a possibilidade de cura antes e depois do paciente descobrir a doença.

O que temos é que para ele a mudança em relação a doença advêm menos da aquisição de novas noções, de competência médica por assim dizer, que da tendência de adequar a realidade aos seus desejos e interesses. Outra dimensão que deve ser frisada no processo de acomodação é o papel das sanções satíricas pelas quais “o grupo impele o doente a disfarçar suas verdadeiras atitudes e a ele se acomodar”.

Antes de passar a algumas manifestações psicológicas dos doentes descritas por Oracy Nogueira falarei da descrição que ele faz do regime nos sanatórios e nas pensões. Em Campos do Jordão havia na época do estudo 2.000 pacientes divididos em sanatórios, pensões e casas particulares. Normalmente se tinha um regime mais rígido no sanatório, o que fazia com que alguns pacientes procurassem pensões ou casas de particulares.

A vida nos sanatórios incluía levantar às 7 horas, realizar a primeira refeição às 7:30, de 8 horas às 9 um passeio; das 9 às 11 horas repouso; às 11:30 almoço; das 12:30 às 15 horas repouso absoluto, na cama; às 15:30 lanche; das 16 às 17 horas passeio; das 17 às 18 repouso; às 18:30 jantar e, finalmente, às 21 horas silêncio. Nos sanatórios, em matéria de recreação quase nada havia de sistemático; de qualquer forma essa era uma dimensão da vida dos pacientes que interessava sobremaneira ao autor, tendo em vista ter ele dedicado parte considerável do esforço de pesquisa aos grêmios formados pelos doentes nos sanatórios e às listas de saída de livros nas bibliotecas em algumas dessas instituições; listas que mostram que o interesse pela leitura acaba sendo potencializado nesses ambientes. Como não há quase nada com o que se ocupar, a fato mais marcante da vida diária do paciente é a visita médica cotidiana.

A intensa convivência entre os pacientes tende a gerar relações íntimas. Oracy Nogueira chama atenção para o extenso uso de apelidos entre os pacientes e dedica-lhes uma singela análise sobre as situações e as circunstâncias nas quais são empregados levando-o a conclusão de que os membros dessa expressiva rede de relações têm sua vida absolutamente devassada pelos demais, fato que dá ao grupo grande poder de controle informal pelo exercício dessa espécie de controle difuso, cobrindo virtualmente toda a superfície das interações. Os apelidos são tomados pelo autor como sanções satíricas, aplicadas a traços pessoais considerados estranhos ou indesejáveis. Nesse ponto gostaria de novamente ressaltar as semelhanças com as conclusões de Goffman: para este, a perda de espaços de intimidade e o contato contaminador podem ser exemplificados pelo sistema de apelidos o qual tem como um de seus efeitos negar o direito de manter-se distante dos outros, comumente reivindicado ou simplesmente

manifestado através da etiqueta rebuscada e o estilo formal de tratamento, ou seja, a regulação da distância social. Embora considerem com aguda sensibilidade sociológica a questão dos apelidos, os dois autores, entretanto, não vêem da mesma forma as implicações do emprego dos *nicknames* no âmbito dos grupos de pares. Goffman, por exemplo, analisa o processo de atribuição e uso dos apelidos com uma excessiva carga negativa, o que não temos na análise de Oracy Nogueira. Para Goffman, a vulnerabilidade produzida pela perda de controle sobre regulação da distância social, em decorrência do uso de apelidos, é mais um dos ataques elementares aos direitos ao ‘eu’, ou seja, aqueles reivindicados pelo sujeito enquanto subjetividade e manutenção da individualidade. Para Oracy Nogueira, no entanto, a diminuição do controle sobre si mesmo enquanto perda da regulação dessa mesma distância social é, paradoxalmente, o que irá garantir ao indivíduo recluso voluntária ou involuntariamente, as áreas de escape às quais, um dia, com grande habilidade, recorrerá, aceitando incorporar-se ao seu novo grupo de pares, compreendendo que o sistema de apelidos no qual foi também capturado é um mecanismo que contribui para sua rápida adaptação ao ambiente tuberculoso. Oracy Nogueira parece querer nos dizer que malgrado a estigmatizada situação, a vida no sanatório para aqueles que nele ingressam vem a ser, na vida adulta dos pacientes, mais uma etapa no processo de socialização por eles experimentado, encontrando-se, pois, no seio mesmo da constituição de uma nova subjetividade, de uma nova individualidade, por assim dizer. Não obstante divergentes, as posições relativas dos nossos dois autores afiguram-se sociologicamente complementares.

Em um dos estabelecimentos que Nogueira visitou mais vezes ele verificou que as diferenças de idade ou de *status* social são em grande medida dissolvidas, não alcançando nem de longe a efetividade que tinham na vida comum.

Para além do regime *stricto senso* sanatorial, encontram-se *as pensões*. São estas em geral mistas e dirigidas por religiosas, sendo que em suas dependências a vida é bem parecida com a dos sanatórios. Mesmo naquelas onde o regime é mais frouxo ‘o repouso depois do almoço é sagrado’. Outra característica das pensões é a maior mobilidade dos pacientes. Elas atraem, sobretudo, os “veteranos”, que buscam nelas maior liberdade, e do mesmo modo os menos aquinhoados, ou seja, os ditos mais pobres.

Sobre a tese conhecida como “erotismo do tuberculoso”, Oracy Nogueira propõe uma alternativa sociológica as explicações de ordem predominantemente fisiológicas. As pessoas sem muita coisa a fazer e sem serem controladas pelo que chama de

vínculos de natureza primária tendem, doentes ou não, ao “erotismo”. Por fim, ressalta que a frequência dos contatos fornece aos médicos um excelente controle do doente, controle que seria muito mais difícil em grandes centros.

Seja nos sanatórios, nas pensões ou nas casas de particulares os doentes, segundo Oracy Nogueira, apresentam as seguintes manifestações psicológicas:

1- “Intocabilidade”, diz respeito ao fato de evitar-se o contato com as pessoas sãs para não contaminá-las e, ainda assim, continuar a olhar os outros doentes com olhos de uma pessoa saudável, evitando o contato. Isso se passa porque ele ainda se encontraria dividido entre dois mundos, o dos sãos ao qual não pertence mais e o dos doentes, mundo que havia apreendido a rejeitar. Ao entrar no hospital o doente se encontra em uma situação limiar entre o que foi e já não é mais e o que ele ainda não se acostumou a ser.

O autor é especialmente feliz ao chamar a atenção para o caráter simbólico de algumas precauções decorrentes da intocabilidade. Afirma que tais precauções não são sustentadas pelos conhecimentos médicos, mesmo quando supostamente justificadas como cuidados com a saúde. Diz que é muito comum os doentes pensarem que ao ter contato com outro doente a tuberculose poderia ser reforçada; muitos evitam também o contato porque apesar do diagnóstico médico acreditam que não estão verdadeiramente com tuberculose, tratando-se de uma fraqueza passageira ou de uma prosaica pneumonia.

2-“Tendência a dramatização”, é a capacidade do doente de se colocar no lugar no lugar do são e de como a incapacidade deste de fazer o mesmo movimento, provoca situações de constrangimento, aumentando a sensação de que é incompreendido e criando no doente uma inclinação a assumir o papel de vítima ou de “herói sofredor”. Exemplo dessa atitude, segundo ele, são as minuciosas descrições de todo o seu caso de doença, superavaliam a própria experiência considerando-a tema de romance. Uma ponte entre essa tendência e o trabalho de Goffman pode ser feita quando este fala das ‘histórias tristes’ (*sad stories*) contadas pelos internos.

3- “Individualização”, diz respeito ao enfraquecimento do controle social que os grupos primários exercem sobre esses indivíduos. Isto se dá por conta das relações distantes com a família, ao fato da doença limitar os planos futuros e a circunstância da natureza efêmera das relações com os outros pacientes.

4- “Misticismo”, atitude que leva o paciente a debater questões de ordem religiosa e filosófica no afã de se definir perante tais problemas. Tal atitude, segundo o

autor, é acentuada pela sensação de insegurança e devido aos longos períodos de inatividade.

5- “Desejo de novas experiências”, a rotina monótona e a ociosidade despertam o desejo de novas experiências que concorrem para o desenvolvimento do hábito de ler, do interesse pelos jogos, pela pornografia e pelo sensualismo, em geral.

6- “Tendência à auto-afirmação”, pode, segundo o autor, ser uma fonte explicativa para a agressividade dos doentes de Campos do Jordão, agressividade esta que derivaria das inúmeras restrições impostas pelo rigoroso regime alimentar e disciplinar.

Após expor as seis tendências observadas entre os pacientes pesquisados, Nogueira, coloca a seguinte questão: Que antecedentes levariam uma pessoa a aceitar a doença sem muita relutância? Sem querer fechar a questão, com base em sua pesquisa o sociólogo nos oferece três hipóteses sobre os tipos acomodativos: a) os indivíduos que tiveram sua rotina menos alterada reagem melhor; b) os indivíduos com largo histórico familiar de tuberculose e tisiofobia também se acomodam mais rapidamente, pois tais pessoas teriam passado suas vidas com medo de contrair a doença e quando efetivamente recebem a dolorosa e inesperada notícia, paradoxalmente, sentem-se aliviadas, já que não têm mais com o que se preocupar; finalmente c) os indivíduos que se aproveitam da doença como pretexto para se livrarem de compromissos.

Nogueira não deixa de fora da pesquisa a relação entre médico e pacientes. Segundo ele o doente sempre estabelece uma relação especial com o seu médico, relação sempre marcada pela assimetria.

Neste contato se revezam a cooperação e o conflito. Ao médico cabe o controle da doença e ao mesmo tempo a subordinação do paciente contra a própria vontade, já que espera respeito e obediência. Apesar de tudo isso a simpatia normalmente é maior que a animosidade, mesmo que experiências anteriores sempre dêem margem a hostilidade latente dos enfermos em relação aos médicos. Nenhum paciente aceita que falem mal de seu médico; e sempre que fala dele o faz apresentando-o como sendo melhor que todos os outros.

A distância social é um recurso normalmente utilizado pelos médicos para manter o equilíbrio da relação; por outro lado, correm o risco de não desfrutar junto ao paciente de grande simpatia. Como é possível, então, intimidade sem a hostilidade por conta da repressão que é garantida pelo respeito? Segundo Nogueira, isso é possível por conta das relações jocosas que, da forma como as define Radcliffe-Brown (que foi seu

professor na Escola Livre de Sociologia e Política de São Paulo), “são relações que se estabelecem entre duas pessoas, sendo a uma delas permitido, pelo costume, e em alguns casos exigido, que caçoe ou brinque a custa da outra, de quem, por sua vez se exige que não se ofenda.” É função desta relação evitar o conflito sem precisar recorrer ao distanciamento social. Nos hospitais, entretanto, e com relação aos administradores, há uma franca hostilidade dos pacientes.

Entre as conclusões a que chega Oracy Nogueira em *Vozes de Campos do Jordão* a concepção da tuberculose como problema social torna mais intensa a consciência do estigma. Para, além disso, conclui que o conhecimento da doença provoca uma súbita mudança de *status* e um intervalo entre a descoberta e a aceitação da condição de doente.

A forte carga negativa que traz a doença faz com que o paciente se afaste da família e opte pelo internamento. As longas internações por sua vez dão consistência ao grupo de pacientes e criam modos peculiares de pensar, sentir e agir. Esses modos são percebidos por médicos e pacientes através da expressão “ambiente tuberculoso”. A resistência inicial a esse sistema decorre uma acomodação gradual do paciente, produzida pelos mecanismos de acomodação que expus acima.

Dentre as inúmeras contribuições que poderiam ser tomadas de empréstimo do estudo de Oracy Nogueira para pensar as RTs, as conclusões acerca da continuidade e identidade morfológica entre os tuberculosos é certamente uma das principais. Digo isso, porque observo que há por parte dos moradores das “residências” uma forte tendência de manter fora do hospital as relações que estabeleceram dentro dele.

Um bom exemplo é o caso de Sônia, moradora de uma RT, que hoje tem 57 anos e que entrou com 14 anos no Hospital Colônia de Barbacena. Dentro do hospital, ela conseguiu alcançar o topo do sistema de privilégios por meio da agressividade e da autoridade que tinha sobre os outros internos. Para sair dali, ambiente que sabia controlar como poucos, foi a ela oferecida uma condição especial: a de escolher as suas companheiras de moradia. A oferta deu certo. Hoje, ela mora com mais cinco mulheres, todas por ela escolhidas.

Quem manda na residência é a Sônia. Ela controla as outras cinco moradoras e, inclusive, as *cuidadoras*. Entre as cinco moradoras que ela escolheu está Terezinha, de quem Sônia diz ser, desde o período no hospital, praticamente uma mãe. Tudo que diz respeito à Terezinha passa por ela. Em minha primeira visita à residência terapêutica onde elas moram, ficou claro que as coisas ali funcionavam de uma maneira bastante

diferente. E foi exatamente esse contraste que chamou minha atenção para o importante papel de Sônia.

Quando se visita uma residência terapêutica pela primeira vez, em geral, quem faz as honras da casa é um *'cuidador'*. Ele é quem mostra os cômodos, apresenta os moradores e faz a mediação das conversas. Nessa "residência", quem veio atender a campanha foi Sônia. Como outros *'cuidadores'* tinham descrito sua personalidade explosiva, apresentei-me da maneira mais cuidadosa possível. Disse que estava realizando uma pesquisa e que vários *'cuidadores'* a tinham indicado como alguém que seria importante para eu conhecer. Ela se convenceu das minhas boas intenções, mas não sem antes me perguntar quem eram os *'cuidadores'* que falaram dela. Uma vez realizadas as devidas apresentações, ela me convidou para entrar, mostrando-me a casa, cômodo por cômodo.

A *'cuidadora'* estava em um dos quartos colocando os cadernos com a contabilidade da casa em dia e ensinando a uma nova *'cuidadora'* como realizar essa tarefa, considerada extremamente penosa pelos *cuidadores*. A *'cuidadora'*, que me conhecia do curso de capacitação, cumprimentou-me e deu continuidade ao seu trabalho, enquanto eu seguia meu *tour* pela casa com Sônia. Na cozinha, mostrou-me o armário que tinha comprado com o seu dinheiro, fez questão de abrir-lo e mostrar os suprimentos da casa, onde, segundo ela, não falta nada. Quando percebeu que uma bolsa tinha sido deixada sobre o armário, irritou-se profundamente. Como uma boa dona de casa, nada escapa à sua atenção, fato que ela fez questão de deixar claro para a nova *'cuidadora'* ao dar-lhe uma enorme bronca.



Sônia mostrando-me o armário. Em cima do armário a bolsa que gerou a discórdia.
(Foto: Rafael Pereira)

Mais tarde, enquanto conversávamos na sala, ao fundo musical de um DVD do cantor Wando, ela demonstrou, mais uma vez, o controle exercido sobre a “residência” e sobre as outras moradoras. Quando a *cuidadora* repreendeu uma moradora por ter comido um pão a mais, Sônia imediatamente se justificou dizendo à ela que não tinha visto a ação, pois se o tivesse, não teria deixado.

É importante notar que Sônia não apenas continua se relacionando nas residências terapêuticas com as mesmas pessoas que eram mais próximas dela no hospital, como também mantém com elas o mesmo tipo de relação.

Nas festas de aniversário nas residências, como veremos no capítulo seguinte, também se vê a manutenção dos vínculos iniciados no hospital. As festas são freqüentadas basicamente por outros moradores, colegas do tempo de internação, e pelos *cuidadores*, contrariando a idéia de que, fora do hospital, os moradores ampliariam seu círculo social. Portanto, mesmo fora do hospital, é possível notar a força do grupo, decorrente da longa internação, como argumentava Oracy Nogueira.

Até o presente momento, dediquei-me a apresentar as residências terapêuticas em Barbacena de uma forma genérica, tratando-as como se fossem homogêneas. Isso serviu a proposta deste capítulo, isto é, fazer uma apresentação geral do projeto das residências terapêuticas e contrastá-lo com o regime das “instituições totais”. Uma vez

completa essa tarefa, posso passar aos dois tipos de residência que encontrei em Barbacena.

No primeiro, que diz respeito à maior parte delas, vivem de cinco a oito pessoas, e a presença do *cuidador* é fundamental para a dinâmica da casa. No segundo, moram de uma a duas pessoas e não há *cuidador*. Todos aqueles que hoje moram no segundo tipo, passaram pelas do primeiro. Para que saíssem de uma para a outra, além de demonstrarem interesse, precisaram ser considerados aptos a viver sem o apoio do *cuidador* pela “equipe dirigente”.

Esses dois modelos, se comparados às instituições totais estudadas por Goffman ou aos sanatórios para tuberculosos que compõem o estudo de Oracy Nogueira, estariam situados em lugares diferentes. No primeiro, é papel do *cuidador* impor e negociar limites, ensinar um modo co-habitação, de cuidado com o corpo, de ocupação da casa. Já no segundo, não há a autoridade do *cuidador*, nem a co-habitação com várias pessoas, sendo, portanto, a intimidade do morador dentro da casa mais preservada, apesar das constantes visitas de apoio das técnicas de referência. Ou seja, de uma residência terapêutica para outra pode haver diferenças significativas, que as aproximam ou distanciam das instituições totais. Mesmo entre as RTs que foram enquadradas por mim na mesma categoria, podem existir tais diferenças. Por exemplo, em uma “residência” onde todos os moradores são muito idosos e há *cuidadores* em tempo integral além do profissional de serviços gerais, para ajudar o *cuidador* e os moradores nas tarefas da casa, durante o dia, é difícil não fazer uma comparação com um pequeno asilo. Por outro lado, nas RTs onde a clientela é mais jovem e, por isso, consegue se locomover e realizar pequenas tarefas fora de casa sem o acompanhamento do *cuidador*, a semelhança com o regime das instituições totais é pequena.

Capítulo 3. “De volta para a Casa”: a vida nas residências

O que quer dizer ‘voltar para a casa’ neste caso? A mudança para uma residência terapêutica após anos ou mesmo décadas de internação o que significa? A retomada de uma vida suspensa pelo diagnóstico psiquiátrico e a longa internação? O cotidiano das RTs segundo as minhas observações de campo está longe disso. Ao contrário, do que se poderia imaginar, nem mesmo pensam assim os próprios ex-internos, se posso arriscar tal afirmativa. Para seus *moradores* parecem ser claras as diferenças entre as três ambiências pelas quais viram e vêm transcorrer as *suas* vidas. O *lar* que deixaram contra as suas vontades; as relações interrompidas às vezes bruscamente com seus próximos, aqueles com os quais entretinha até então e de modo constante o conjunto de deveres e obrigações derivadas dos vínculos de parentesco; o afastamento da paisagem doméstica familiar, portanto; tudo isso parece ter concorrido para que essa espécie de *casa* originária não passe hoje de uma fantasmagoria, algo que deve ser evitado, mantido à distância, pois a cada momento pode irromper no horizonte assombrando aquele que de algum modo, no passado, foi por ela rejeitado. Mantém com o *hospício* uma relação genealógica insuportável, às vezes; pois, estrangeirados em relação à primeira e originária morada, esses *estranhos* no *ninho* vêm-se subitamente transplantados para as entranhas do corpo no qual se manifesta “o poder psiquiátrico”. Estruturadas num outro sistema de espaços, organizadas segundo princípios reguladores opostos ao do hospício, confiadas aos agentes de um saber técnico urdido no seio do movimento anti-manicomial e concebidas para serem a nova morada daqueles recém saídos de uma vida intramuros, as ‘residências terapêutica’ não estão de modo nenhum associadas aos tempos anteriores ao momento da reclusão forçada. Pretendem constituir um ponto de partida para novas experiências, entre elas recuperar pouco a pouco a gestão de suas próprias vidas, embora marcadas pela presença quase incontornável de um *cuidador*. As RTs e seus gestores, não têm, nem poderiam ter, portanto, com relação ao tempo da internação, a idílica representação de um simples *intermezzo* no fluxo da vida de seus atuais *moradores*.

“De volta para casa”, no entanto, tem muitas outras ressonâncias, pois remete para campos semânticos densos, carregados de significados. Se considerarmos que neste particular o conceito de *casa* é contextual, designando não só uma determinada

experiência de coabitação, mas que diz respeito também a uma entidade moral, um domínio cultural e universo social que deve ser pensado em oposição (relação) a *rua*, mundo dos indivíduos, das regras fixas e impessoais, que nesse caso eu leio como o mundo do hospital, talvez, dessa forma, fosse possível pensarmos numa “volta para a casa”, não como inadvertidamente poderíamos pensar como volta ao *lar*, aquele lar originário, digamos assim, que deixaram para trás. Um novo endereço na cidade. Uma *casa* nova, portanto; um novo espaço convivial, um novo sistema de lugares onde podem gozar de alguma intimidade e que doravante, apesar dos dilemas da coabitação, apropriadamente poderão chamar de sua morada, portanto.

Nem por isso a atitude dos ex-internos em relação às RTs é de familiaridade. Na verdade estão mais próximos da condição típica do *forasteiro*, do que da *volta a lar*, ambas descritas, na década de 1940, por Alfred Schutz e, mais tarde, em 1964, reunidas em seus *Collected Papers: II. Studies in Social Theory* (Cf. SCHUTZ, 1974).

O trabalho de iniciação realizado pelo *cuidador*, que tratarei mais adiante, no 4º capítulo, deve acontecer justamente porque o forasteiro, no caso em questão o *morador*, não compartilha, segundo Schutz, a *pauta cultural* do grupo em que está ingressando:

“Todo membro nascido e educado dentro do grupo aceita o esquema estandardizado e elaborado da pauta cultural recebida de seus antepassados, mestres e autoridades como um guia indiscutido e indiscutível em todas as situações que se dão normalmente dentro do mundo social”. (1974: 98)

O conhecimento prévio que o forasteiro trás com ele serve apenas como um esquema para interpretar o grupo em que está ingressando; não serve, entretanto, como um guia confiável para a interação. Ou seja, ao ingressar em um novo mundo social o forasteiro não conta com o conforto proporcionado pela familiaridade que lhe permite dar “soluções típicas a problemas típicos” (1974:104).

Já quando se trata da *volta ao lar*, a questão é outra, como afirma Alfred Schutz:

“Mas a atitude daquele que volta ao lar não é a mesma que a do forasteiro, que se dispõe a ingressar em um grupo que não é nem nunca foi seu. Sabe que se encontrará em num mundo não familiar, organizado de outra maneira que aquele do qual provem, cheio de obstáculos e difícil de dominar. Aquele volta ao lar, em troca, prevê seu regresso a um ambiente do qual sempre teve e crê seguir tendo um conhecimento íntimo, e que lhe basta pressupor para orientar-se dentro dele O forasteiro que se aproxima do grupo deve antecipar de maneira mais ou menos fazia o que encontrará; aquele

que a aquele que volta ao lar basta recorrer as suas recordações”
(1974, 108)

A *volta ao lar* seria, pois, de acordo com Schutz, um processo talvez bem menos dramático que aquele a que está submetido o forasteiro; pois, quem volta tem a vantagem de conhecer o seu grupo, ainda que a casa para qual retorne não seja de modo algum aquela que ele deixou e que ele próprio pareça um tanto estranho aos seus.

“(...) o lar ao qual retorna não é de modo algum o lar que deixou ou o lar que recordava e perdera durante sua ausência. E, pela mesma razão aquele que volta ao lar não é o mesmo homem que o abandonou. Não é o mesmo nem para ele nem para aqueles que aguardam o seu retorno. Este enunciado é válido para qualquer tipo de volta ao lar. Ainda ao regressar ao lar depois de umas breves férias, comprovamos que o antigo ambiente habitual tem para nós um significado adicional que deriva de nossas experiências durante nossa ausência e se baseia nelas. Seja qual for a avaliação concomitante as coisas e os homens, ao menos no começo, terão outro rosto.” (1974: 116)

Não obstante, para efeito de nosso caso e o esforço analítico e de compreensão que requer do etnógrafo, talvez fosse ainda necessário, entretanto, visitar o tema e suas bem arquitetadas tipificações, buscando retirar das sugestivas palavras do eminente sociólogo alguns de seus desdobramentos lógicos e virtuais implicações.

Se para o forasteiro a novidade das situações que vai encontrar o colocam diante da intrigante e atraente questão simmeliana da interação autêntica, *a volta ao lar*, ao contrário, nada tem de absorvente, ao menos para os sujeitos da etnografia. Afigura-se por demais penosa para aquele que se defronta com a experiência radical do caráter inautêntico das interações que sabe certamente se seguirão. Interações estas nas quais se encontrará irremediavelmente envolvido aquele que, em algum lugar do passado, e por motivos que lhe escapam no presente, foi por estes agora estranhos familiares que tem diante de si, expulso para fora dos limites de um sistema de relevâncias que um dia foi também o seu.

Como são as casas?

As residências terapêuticas estão espalhadas por 13 bairros de Barbacena, Bom Pastor, Carmo, São Geraldo, Bairro do Campo, São José, Santo Antônio, São Sebastião,

Vilela, Diniz, Grogoto e Monte Mário. São ao todo 190 pessoas vivendo em 25 casas. Os imóveis onde estão instaladas as RTs não têm nenhum sinal externo que os identifique, nenhuma marca, como se pode ver nas fotos abaixo.



Residência 1 (Foto: Rafael Pereira)



Residência 7 (Foto: Rafael Pereira)



Residência 2 (Foto: Rafael Pereira)

As RTs são em geral bastante confortáveis, três quartos, um ou dois banheiros, sala, cozinha e quintal e/ou área de serviço. Cada quarto abriga um ou dois moradores podendo chegar a três dependendo da quantidade de moradores na “residência” e do tamanho dos quartos. A mobília do quartos compreende basicamente as camas, um criado ou uma cômoda e o guarda-roupas. É bem raro encontrar neles aparelhos de televisão, fora algumas poucas exceções¹⁶ isso acontece apenas nas “residências” onde vivem até duas pessoas.

Na sala um jogo de sofás, estante, aparelho de som, televisão e em várias delas aparelho reproduzidor de DVD com a função karaokê. Na copa ou sala de jantar uma mesa

¹⁶ O quarto da João é uma dessas exceções, ela que gozava de muito prestígio no hospital (CBPH) ganhou do diretor da instituição uma televisão e a antena parabólica e as trouxe com ela para colocar no seu quarto quando se mudou para a residência terapêutica.

para as refeições, por vezes um armário e o aparelho de som quando este não está na sala. Na cozinha, geladeira, fogão, armário de cozinha e a pia que tem a parte de baixo usada para guardar panelas e outros utensílios domésticos. Na área de serviço ou na parte coberta do terreiro um tanque para lavar roupa e em várias delas uma máquina de lavar.

Na figura abaixo há um esboço da distribuição dos cômodos em uma RT; nela vivem oito moradores: duas dividem o primeiro quarto, três o segundo, duas o terceiro e, finalmente, uma ocupa um quarto menor, separado do resto da casa pela cozinha e que deve ter sido originalmente concebido para servir como quarto de empregada. Há duas portas de entrada, uma usada em dias de festa pela varanda que antecede a sala de estar e a outra pela copa, que é a entrada usada diariamente pelas moradoras, por onde entram e sai da casa, recebem a compra semanal de frutas e verduras e as visitas nos dias comuns.

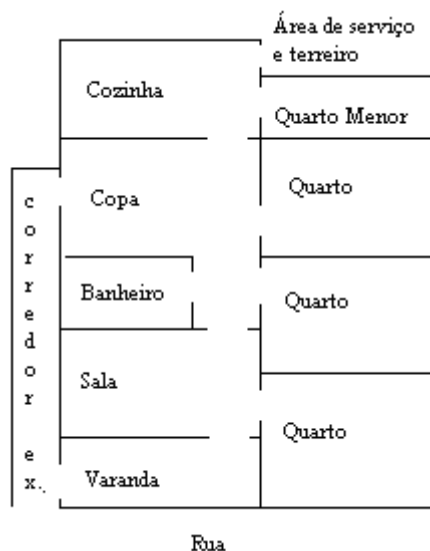
Na primeira visita que fiz a essa “residência” foi por essa porta da copa que entrei. As duas entradas acima referidas não conduzem para fora da casa, no entanto; mas para um estreito corredor externo que dá acesso para a rua, bastando ultrapassar um pequeno portão.

Na parte de trás da casa fica *o terreiro*, ou seja, o quintal. Uma área cuidadosamente estruturada, parte *chão batido*, parte cimentada onde fica o tanque de lavar roupa. No *terreiro* propriamente dito, as moradoras cultivam uma pequena horta com couve, salsa, hortelã, e têm um jardim onde podem ser vistas algumas plantas ornamentais.

O *terreiro* é ainda o lugar onde, sob a inteira responsabilidade de uma das moradoras da casa, Raimunda, conhecida entre as suas colegas de ‘residência’ como alguém que adora cuidar das plantas e dar de comer aos bichos, cria e mantém um cachorro.

Uma representação gráfica talvez ajude o leitor a melhor situar-se relativamente a descrição e a narrativa de espaços aqui esboçada:

Figura 1



A escolha do imóvel para abrigar uma residência terapêutica leva em conta primeiramente características como tamanho, número de quartos, estado de conservação, condições de acesso, facilidade de locomoção no seu interior e o valor do aluguel, em geral próximo de R\$500,00. São essas as principais características observadas pela Coordenação para alugar uma casa. Ainda que não sejam tão importantes quanto às condições enumeradas acima, também cotam na escolha do imóvel a localização, a vizinhança, e as características da rua. São privilegiados, por exemplo, imóveis que se encontrem fora das principais vias de trânsito¹⁷, em ruas mais tranquilas.

Outro fator que influi na escolha do local para a implantação de uma RT é a diretriz da Coordenação de evitar que elas se concentrem em um mesmo lugar da cidade. A razão para isso, de acordo com a coordenadora de Saúde Mental, é evitar a identificação de um determinado lugar com as residências terapêuticas. A avaliação que ela faz é que a concentração de muitas residências terapêuticas em uma mesma rua ou bairro reforçaria o estereótipo a respeito dos moradores e conseqüentemente complicaria o processo de adaptação.

A conjugação do princípio de não concentrar as RTs com o conjunto de condições necessárias para que um imóvel abrigue o projeto acaba fazendo com que de fato as RTs estejam por quase toda a cidade, como pode ser visto no mapa abaixo. Contudo, devo destacar dois pontos onde há uma maior concentração de RTs, duas

¹⁷ Algumas das principais ruas da cidade estão destacadas em amarelo no mapa abaixo,

exceções a esse modelo. O primeiro está na parte superior esquerda do mapa e o segundo no centro da parte inferior, em ambos se vê RTs (marcadas no mapa com balões azuis) a pequena distancia umas das outras.

No primeiro ponto, são cinco RTs em um raio de menos de 300 metros. Quase na esquina da Rua Alcides Pereira de Souza com a Rua Neca Tavares, há duas RTs no mesmo número, uma de frente para a rua e a outra nos fundos. Na Rua Neca Tavares outras duas RTs, novamente uma na frente e outra na casa dos fundos. Paralelamente a essa rua, na Rua Angelim Dani está a quinta RT. Duas dessas cinco “residências” têm uma condição particular, uma abriga apenas um morador, o Pelé, e na outra vive um casal. Quando um morador vai morar sozinho, como é o caso do Pelé e de outra moradora a Sebastiana, ou quando dois moradores de residências diferentes formam um casal e vão morar juntos, há sempre uma avaliação prévia da Coordenação de que essas pessoas têm condições de viver sem o apoio do *cuidador*. Apesar dessa avaliação eles são instalados em uma casa próxima a antiga RT, que serve como um ponto de apoio. Portanto, das cinco “residências”, duas são desdobramentos de RTs que já estavam naquela região. Quanto as outras três RTs que não têm vinculação uma com a outra a explicação para estarem tão próximas quando a própria Coordenação do projeto considera a proximidade indesejável é a grande oferta de casas com as características desejadas naquele local e a dificuldade de encontra-las em outros bairros da cidade. O Bairro Diniz onde se encontra essas RTs é um Bairro de classe média baixa, afastado do centro da cidade e onde os aluguéis são baratos. Portanto, no caso em questão a diretriz de não concentrar as RTs em um mesmo lugar foi menos importante que a falta de oferta de bons imóveis a preços razoáveis em outros bairros da cidade.

Já no segundo ponto, na parte inferior do mapa, a concentração de RTs é apenas aparente. O relevo acidentado da cidade faz com que pontos que no mapa são muito próximos se comuniquem pouco. Entre um ponto e outro da cidade cuja distancia é de apenas 300 metros pode existir uma decida muito íngreme que faça com que na prática eles se distanciem, pois o trajeto é evitado pelos transeuntes. É isso que acontece com essas quatro RTs que estão bem próximas.

A primeira delas de baixo para cima no mapa está na Rua Saldanha Marinho, a principal rua do bairro (destacada em amarelo no mapa), nela o trânsito é mais intenso e está concentrado quase todo o comércio. Ela começa na movimentada praça Santos Dumont, que é entrocamento de outras duas ruas a General Osório e a Rua Campolide, e

vai raleando em número de casas e comércios até virar uma estrada estadual a MG 135, que liga Barbacena a cidade de Antônio Carlos.

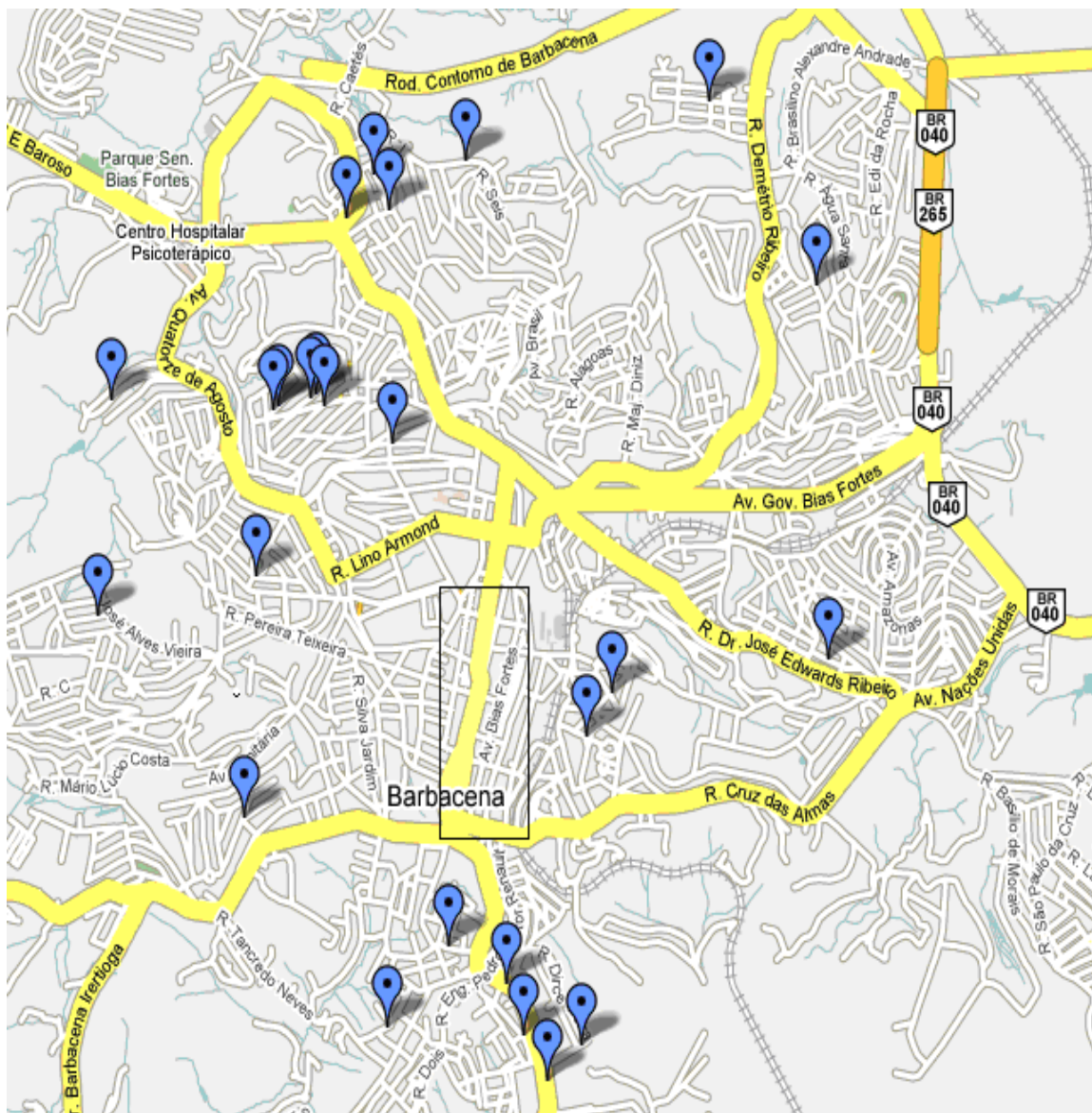
A segunda “residência” das quatro em questão está na Rua Dirce Vieira, perpendicular à Saldanha Marinho. Trata-se de uma rua muito tranqüila, uma decida calçada com paralelepípedos onde se vê casas grandes com porteiros eletrônicos. Partindo-se do centro da cidade chega-se até ela pela Rua Saldanha Marinho na parte de cima ou por baixo pela Rua Dr. Alberto Vieira.

A terceira RT que por conta da escala do mapa parece estar na Saldanha Marinho está na verdade na Avenida Contorno, que lhe é paralela. Apesar do termo avenida, sugerir que se trata de uma via mais ampla está em especial é uma rua muito acanhada, de pouco movimento, que se comunica com a Saldanha Marinho por duas ruas em forte descida e um beco estreito.

A última dessas quatro RTs também está na Saldanha Marinho, próxima ao início da rua e da praça onde o movimento de carros e de pessoas é maior e onde se tem um bom número de estabelecimentos comerciais. Entre a primeira e a segunda RT da Saldanha Marinho fica o Centro de Convivência e a ONG (Instituto José Ferreira da Silva) que administra os recursos das RTs.

Como eu disse acima o fato dessas quatro RTs serem circunvizinhas não aumenta a visibilidade delas no Bairro¹⁸. Além das pessoas envolvidas com as atividades do Centro de Convivência é difícil encontrar alguém na vizinhança que conheça mais que uma RT. Os próprios trajetos que as pessoas fazem pelo bairro limitam a possibilidade de tomarem conhecimento das outras “residências”. Dessas quatro RTs apenas a última, situada na parte mais movimentada do bairro, está na rota de quem vive próximo as outras três RTs.

¹⁸ Trata-se na verdade de dois bairros, as duas primeiras RTs estão no Bairro Bom Pastor e as outras duas no Bairro do Carmo.



(Fonte: Google Maps/ Escala 1Km: 3,5 cm)

A visibilidade das residências é crucial para entender como será a inserção dos “moradores” no bairro. Goffman quando trata do problema do estigma (1975), termo que ele usa para fazer referência a um atributo individual que em determinado contexto social é fortemente depreciativo, separa a figura do estigmatizado em duas categorias: a do desacreditado, cujo estigma é anteriormente conhecido ou imediatamente perceptível; e a do desacreditável que carrega uma característica distintiva que não pode ser percebida facilmente e que não é conhecida. Um ex-interno psiquiátricos pode se situar alternadamente nas duas categorias. Para aqueles que conhecem o histórico de problemas mentais do ex-interno ele é uma pessoa desacreditada, nesse caso qualquer problema que surgir na interação entre ele e essas pessoas será prontamente atribuído a sua condição de estigmatizado. Já em situações em que a interação se dá com pessoas que não sabem da internação abri-se a possibilidade do encobrimento dessa informação.

É nesse ponto que surge o problema da visibilidade, que é fundamental para definir se o indivíduo terá que lidar com a sua condição de estigmatizado todo o tempo ou poderá encobri-la em determinadas circunstâncias. Goffman resume a importância da visibilidade no seguinte trecho:

O que pode ser dito sobre a identidade social de um indivíduo em sua rotina diária e por todas as pessoas que ele encontra nela será de grande importância para ele. As consequências de uma apresentação compulsória em público serão pequenas em contatos particulares, mas em cada contato haverá algumas consequências que, tomadas em conjunto, podem ser imensas. Além disso, a informação cotidiana disponível sobre ele é a base da qual ele deve partir ao decidir qual o plano de ação a empreender quanto ao estigma que possui. (1975:58)

A visibilidade do estigma dos “moradores” é em geral bastante variável, há aqueles com deficiências mentais bastante severas, com comprometimento da fala, da coordenação motora e por vezes a capacidade de locomoção, que dificilmente podem encobrir o estigma. Mas, há também outros que podem muito facilmente esconder o fato de terem sido diagnosticados como doentes mentais e passado por uma internação psiquiátrica.

No trabalho de campo eu presenciei uma situação bastante curiosa e que ilustra bem a possibilidade que alguns “moradores” têm de encobrir seu estigma. O fato se deu na festa de aniversário que eu promovi na minha casa. Todos da minha família ajudaram nos preparativos para a festa e como eu, estavam bastante ansiosos para receber os convidados. Os três conheciam um pouco as RTs por conta das notícias que eu trazia da pesquisa de campo. Sabiam que eu havia convidado vários “moradores”, que compareceriam, muito provavelmente, acompanhados por seus *cuidadores*.

Como os convidados chegaram praticamente há mesma hora, fiz uma rápida apresentação de todos e logo em seguida comecei a servir-los, atividade que não me impediu de notar a animada conversa de minha mãe com Sebastiana, uma “moradora”. Me aproximei delas para ficar a par da conversa e não sem surpresa presenciei minha mãe perguntar com muito interesse o que ela achava de trabalhar nas “residências”, se era difícil trabalhar com “elas”, as “moradoras”. Sebastiana, após ter vacilado um pouco, respondeu, não sem algum constrangimento, que não era difícil o trabalho. Não menos constrangida ficou minha mãe quando minutos depois lhe contei que Sebastiana também era uma “moradora”.

Esse exemplo mostra a possibilidade de alguns “moradores” de conseguir, em determinados ambientes sociais, encobrir o estigma. Já na rua onde moram é bem mais difícil que eles passem despercebidos. A razão é que as “residências” têm uma configuração bastante peculiar que por si só seria suficiente para atrair a atenção dos vizinhos. Como não se intrigar com uma casa onde moram oito adultos? Portanto, se nada na maneira deles de se vestir, de falar, ou de circular pelo bairro denunciasse sua condição de ex-internos, o que quase sempre não é o caso. O simples fato de serem moradores das RTs, conhecidos no bairro como tal, concorreria para isso.

A questão passa a ser, portanto, saber qual a visibilidade das “residências” entre a vizinhança. Ao iniciar a pesquisa, imaginava que a instalação de uma RT fosse um acontecimento de grande repercussão na vida do Bairro. No entanto, não foi isso que eu encontrei no campo, o exercício de perguntar aos vizinhos de rua pela localização das “residências” mostra o quanto é comum que eles não tenham conhecimento de uma RT instalada em sua própria rua. Eu mesmo fiquei muito surpreso ao saber, após transcorridos quase um mês de pesquisa, da existência de uma RT a menos de 100 metros da casa da minha família.

Em geral as pessoas que conhecem uma RT e sabe que elas abrigam ex-internos psiquiátricos são as que moram nas casas vizinhas e os comerciantes da rua. Quanto as “residências” femininas, por vezes, até os vizinhos mais próximos dizem que se trata de um asilo para velhinhas. Mesmo as pessoas que conhecem e moram próximas a uma RT se surpreende ao saber que há outras vinte e quatro espalhadas pela cidade. Por isso, pode-se dizer que as RTs gozam de uma relativa invisibilidade em Barbacena.

Há, no entanto, algumas exceções a este quadro, os funcionários dos hospitais psiquiátricos, por exemplo, principalmente os do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena (CHPB), conseguem ter um mapeamento bastante completo de onde estão as “residências” e mesmo de quem vive em cada uma delas. Eles são o que Goffman (1975) chamou de pessoas “informadas”, que de acordo com ele é aquela “cuja informação vem de seu trabalho num lugar que cuida não só das necessidades daqueles que têm um estigma particular quanto das ações empreendidas pela sociedade em relação a eles”(GOFFMAN, 1975:38). Além do olhar treinado que desenvolveram, eles estão sempre recebendo no hospital notícias de seus ex-pacientes.

Se o fato das “residências” estarem espalhadas pela cidade, quase sempre em ruas tranquilas e sem nenhum sinal externo que as identifique contribui para uma certa invisibilidade, está depende também em grande medida da disposição dos “moradores”

para o contato. Em algumas RTs a idade dos “moradores” e os problemas que vários deles tem para se locomover acaba fazendo com que eles saiam pouco de “casa” prejudicando o contato com a vizinhança. Mas como eu disse acima há exceções a esse modelo. A “residência” número 2 é um bom exemplo. Trata-se de uma residência terapêutica feminina, onde todas as moradoras têm mais de cinquenta anos (a mais velha tem 92). Lá elas cultivam o hábito de sentar-se no degrau junto ao portão do lado de fora da casa para fumar (é expressamente proibido fumar dentro da casa), para “ver o movimento da rua” e se possível para “puxar” um papo com um vizinho ou com um desconhecido que esteja apenas de passagem. Se não estiver chovendo, ou fazendo muito frio a tarde, é certo que lá estarão a Baiana e a Benedita sentadas junto ao portão de entrada, olhando por horas o movimento e se comunicando com quem passa. Nesses contatos furtivos, Baiana é a mais insistente, mesmo com muita dificuldade para pronunciar as palavras, ela não deixa que ninguém passe sem um cumprimento e sempre que sua gentileza é retribuída ela sente-se a vontade para pedir um doce, uma bala, ou qualquer outra guloseima, sempre diante do olhar repressor de Benedita, que é muda, mas não deixa de repreender a colega por conta dos seus insistentes pedidos.

Além das duas, Maria Gomes, também moradora dessa residência, volta e meia se senta ali para fumar o seu cachimbo. Ela, no entanto, não se limita como a Baiana e a Benedita a frente da casa, ela circula por todo o comércio próximo a RT e conhece cada um dos comerciantes. Nas muitas vezes que caminhei com ela pelo bairro, no caminho que fazíamos até o Centro de Convivência, fui testemunha da sua popularidade.

Outras quatro moradoras dessa RT, Conceição, Raimunda, Lurdes, também saem de casa com frequência já que frequentam o Centro de Convivência durante a semana e à missa aos domingos pela manhã.

A disposição dessas moradoras para o contato se alia ainda ao fato da residência terapêutica em que moram estar localizada na principal rua do bairro, que concentra quase todo o seu comércio. Isso faz com que boa parte do bairro conheça aquelas senhoras. Como frequentemente em seus trajetos pelo bairro elas são acompanhadas pela *cuidadora* as pessoas também sabem que aquela não é uma casa comum. A idade avançada das moradoras, a sobreposição de roupas, o uso de toucas de lã mesmo em dias quentes e a companhia da *cuidadora* acaba chamando atenção para elas.

Nesse sentido uma das experiências mais ricas do campo é caminhar com elas pelo bairro. A primeira constatação que se faz é que a popularidade delas é alta. Todos na rua as cumprimentam, muitos de maneira bastante carinhosa chamando-as por

querida ou vovó, outros brincam, brincadeiras que em geral dirigimos às crianças. Por conta das várias vezes que fui visto pela rua com as moradoras, passei a ser identificado na vizinhança como um *cuidador*. Em várias ocasiões os vizinhos vieram me alertar em relação ao perigo que elas corriam ao atravessar a rua antes da curva, local onde não podem ver os automóveis que se aproximam na faixa contrária.

Circular com uma moradora pelo bairro é uma boa oportunidade para entender como é a relação entre elas e seus vizinhos. No caso de Maria Gomes, uma dessas moradoras, esse conhecimento é impressionante. Ela conhece bem cada estabelecimento comercial da sua rua. São duas padarias, um mercado, duas mercearias, dois azougues, uma lanchonete, um sapateiro e duas lojas de material para construções, um restaurante e um *pet shop* em todos esses estabelecimentos ela conhece pelo menos o nome de uma pessoa.

A relação dos moradores com a cidade em Barbacena é de descoberta. Por vezes, quando tinha a companhia de algum morador destas moradoras com a cidade é diferente, por exemplo, daquela observada em Niterói-RJ por Laura de Carvalho Moraes Sarmiento, que fez uma pesquisa de mestrado sobre a categoria autonomia no campo da reforma psiquiátrica. Ela acompanhou a implantação das duas primeiras residências terapêuticas no município e esse trabalho lhe permitiu observar que a saída do hospital provoca um reconhecimento da cidade, “um resgate da história dos moradores no espaço social” (Sarmiento, 2006, p. 29). Ao sair eles começam a lembrar dos lugares onde eram habituê e das histórias que viveram neste lugares. Ela conta, a partir de um fragmento clínico, um passeio pelo centro do Rio de Janeiro, onde o morador Júlio, vai aos poucos reconhecendo as ruas até conseguiu resgatar a sua história anterior a doença, de quando era motorista.

Em Barbacena não se repete a mesma coisa. Todos os moradores com os quais conversei e tive algum contato vieram de outra cidade diretamente para o hospital. Alguns deles como a Maria Gomes, sequer sabem de onde vieram. Ela quando interrogada sobre de onde veio responde apenas “de uma *mutuca* muito longe, meu filho”. Esse também é o caso da Lurdes, 70 anos que disse como quem resmunga que “Barbacena é o cativoiro”. Ela como tantos outros não tem uma história com a cidade, lembranças das ruas, memória afetiva dos lugares. As pessoas que hoje estão nas RTs, vieram de todo o estado de Minas Gerais, especialmente da região Norte do estado. Como o tratamento em Minas era centralizado em poucas instituições chegavam a Barbacena pessoas de vários lugares, e dada a fama que a cidade foi adquirindo no

tratamento psiquiátrico, pessoas até estados vizinhos. Como é o caso de Heleno de Freitas, ex-jogador do Botafogo que morreu aos 39 anos no já fechado Hospital São Sebastião.

Uma consulta médica acompanhada pela antropóloga Marina Cardoso (1999) por oportunidade de sua pesquisa em Itamarandiba/MG, no Vale do Jequitinhonha, dá uma mostra da afirmação do parágrafo anterior. Sua pesquisa tem como objetivo pensar o impacto da descentralização da assistência psiquiátrica antes concentrada exclusivamente nas instituições asilares e a conseqüente incorporação da assistência e dos conhecimentos psiquiátricos pela rede básica de saúde que passou a fazer o tratamento ambulatorial dos casos de doença mental. Tal pesquisa foi realizada entre 1982 e 1983 quando o principal hospital psiquiátrico, o Hospital Colônia de Barbacena, concentrava apenas o tratamento dos chamados pacientes “crônicos”. É desse período a transcrição da seguinte consulta médica:

Paciente (Mulher), sentando-se. Comprimido acabou, seu doutor! Tem duas noites que num durmo direito e a gente fica com medo...

Médico: E o Juízo?

Paciente: O juízo ta bom, graças a Deus! To comendo bem. Num to... o remédio acabou e fico preocupada em não dormir de noite e vortá as coisas na cabeça, do nervoso...

(O médico me informa que ela já esteve internada para tratamento psiquiátrico).

Médico: Não e o S.? (pra mim) Tá com medo de enfraquecer a cabeça, fica bem mal.

Paciente: Fico com medo de volta pra lá. Tive que ir para belo Horizonte, me mandaram para Barbacena. Ganhei muito remédio, graças a Deus e curei! Uma doidaria lá! Tudo gente doida, uma brigaida, em tempo de matar a gente. Mas muito bom. Trato muito bom. Me levaram no ônibus a moça lá falou assim: vai com Deus! Eu falei de vorta: fica com Deus! Mas também o resto é tudo gente doida (...).(CARDOSO, 1999, p.22)

A paciente dessa consulta, como boa parte dos atuais moradores das residências vieram de longe para o tratamento psiquiátrico em Barbacena. É uma história como a deles que conta João Guimarães Rosa, no livro *Primeiras Histórias*. O conto “Sorôco, sua mãe, sua filha” é sobre um homem viúvo que leva sua mãe e sua

única filha até a estação de uma pequena cidade onde elas embarcariam em um trem¹⁹ que as levaria para Barbacena, para o hospício.

A gente reparando, notava as diferenças. Assim, repartido em dois, num dos cômodos, as janelas sendo de grades, feito as de cadeia para os presos. A gente sabia que, com pouco, ele ia rodar de volta, atrelado ao expresso daí de baixo, fazendo parte da composição. Ia servir para levar duas mulheres, para longe, para sempre. O trem do sertão passava às 12h45m.

(...) Para onde ia, no levar as mulheres, era para um lugar chamado Barbacena, longe. Para o pobre, os lugares são mais longe. (GUIMARÃES, 1964, p.15)

As pessoas que hoje vivem nas residências terapêuticas de Barbacena também fizeram uma viagem sem volta, “Para longe e para sempre” (GUIMARÃES, 1964, p.15). A diferença entre o lugar que eles vieram e a cidade é constantemente lembrada pelos moradores. É o que diz, por exemplo, Lucas, o mais jovem morador das RTs: “Eu sou capiau da roça, aqui não é roça, é cidade, tem a Rua XV. Eu não esqueço não”.

A maioria dos moradores das residências terapêuticas são adultos maduros, mais de quarenta anos, e idosos, mais de sessenta. Pouquíssimos são os que têm menos de quarenta anos. Com o transcorrer da pesquisa foi possível observar que esse não é um fato sem significado. As implicações da idade avançada dos moradores vão desde a escolha da casa que é alugada para funcionar como uma residência terapêutica até a relação que as residências estabelecem com a vizinhança. Na escolha do local onde serão implantadas as residências terapêuticas casas com escadas tendem a ser evitadas por conta das dificuldades de locomoção muito comum entre os moradores, portanto, a casa deve ter antes de tudo condições para abrigar pessoas idosas. Na relação com a vizinhança este também não é um fato sem importância, pois se a idade avançada não impede completamente a locomoção e praticamente acaba com qualquer possibilidade de contato com os vizinhos, ela funciona como um facilitador dessa relação. A velhice como pude observar ameniza o estigma do louco e facilita a aproximação com os vizinhos.

¹⁹ “Até meados do século passado, a rede ferroviária do estado fornecia “passes” para o transporte dos “loucos” encaminhados sob segurança policial ao hospício de Barbacena (...)” (CARDOSO, 1999, p.75)

3.2 A vida nas residências terapêuticas

Para falar de como é a vida nas “residências” vou usar como exemplo a RT 2. Nela vivem 9 “moradoras”, situação temporária já que Vitória está prestes a se mudar para outra residência com Abel, seu namorado ainda do “tempo do hospital”. Como essa RT fica próxima ao Centro de Convivência e as “moradoras” estão envolvidas em várias oficinas, foram também as pessoas com as quais eu tive mais contato ao longo da pesquisa.

As residências terapêuticas são identificadas entre os funcionários da ONG e entre os *cuidadores* por números, residência 1, 2, assim por diante, de acordo com a ordem em que foram criadas. A “residência” de que falo e onde moram a Lurdinha, Raimunda, Tianinha, Benedita, Conceição, Baiana, Maria Gomes e a Chiquinha é a Residência 2, que começou a funcionar no ano de 2001. As moradores têm todas mais de 50 anos, sendo que a mais velha seta com 92. Essa é uma residência considerada boa pelos *cuidadores* fácil de trabalhar. Entre outras razões, porque, as moradoras são na maior parte do tempo bastante tranquilas, muito afetuosas, ajudam nas tarefas da casa, que vão da limpeza e arrumação à preparação do almoço, vão ao centro de convivência sozinhas e orientadas tomam corretamente os seus remédios. Vieram todas do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena (Antigo Hospital Colônia de Barbacena), o mais antigo e também o maior hospital psiquiátrico da cidade.

Esta é uma das poucas casas que não conta com uma *cuidadora* em tempo integral, a intenção da Coordenação é fazer disso uma prática cada vez mais comum. De segunda a sexta a *cuidadora* entra às sete da manhã e sai às 16 horas, no sábado ela fica na residência das 7 ao meio dia. Quando a cuidadora vai embora chega a Sebastiana. Pouco antes de terminar o horário de trabalho do cuidador, ela já está na RT, onde fica até as 20 horas e 30 minutos, hora em que as moradoras já tomaram os seus remédios e já estão se preparando para dormir. Aos sábados chega ao meio-dia e fica até a noite, e aos domingos o dia todo. Ela após sair do hospital, viu sua vida mudar bastante. A primeira coisa que quis fazer quando saiu do hospital foi consertar os dentes, que ficaram em péssimo estado após 30 anos de internação, fato muito duro para ela que se diz extremamente vaidosa. O seu próximo passo foi aprender a ler. Sonho concretizado apesar das muitas dificuldades. Hoje, que ela é contratada pela ONG para trabalhar nas

“residências”, acompanhando os “moradores” em situações em que o *cuidador* não pode estar presente.

Na residência elas acordam sempre antes das sete da manhã, logo após o café elas começam o trabalho de casa, sempre com o auxílio da cuidadora. Na “residência” há uma escala de trabalhos adaptadas as preferências e limitações de cada uma. Em várias RTs essa escala está pregada em um mural para ajudar o cuidador a organizar as tarefas. Das 9 moradoras apenas quatro cozinham, sendo que uma delas normalmente não têm sua comida bem recebida pelas colegas. A comida começa a ser preparada por volta das nove horas, o almoço dificilmente é servido depois das 11 da manhã, no primeiro convite que recebi para almoçar com elas, combinei de ligar quando estivesse saindo de casa, liguei às 10 horas da manhã, muito tarde o almoço já estava sendo servido, e o convite ficou para outra oportunidade.



À tarde Raimunda, Lurdes, Vitória, e Maria Gomes (essa com menor frequência) vão para as oficinas no centro de convivência. Lá os trabalhos começam às 13 e 30 e vão até as 17 horas. As moradoras que não freqüentam o centro ficam em casa assistindo a algum programa de televisão, normalmente elas assistem à Rede Vida e a TV Canção Nova dois canais de programação religiosa (ambos católicos), no televisor de 29 polegadas adquirido recentemente num rateio que incluiu todas elas. Baiana e Benedita passam a tarde olhando o movimento na rua, sentadas em um degrauzinho na porta da “residência”. Baiana intercepta quase todos que passam por ela, sempre pedindo balas e bolos e também sempre sob o olhar de desaprovação de Benedita, que é muda, mas que não deixa de repreender a colega pelos constantes pedidos. As outras dificilmente pedem alguma coisa a quem quer que seja, já que essa é uma questão insistentemente trabalhada pelos *cuidadores*.

Enquanto Baiana e Benedita ficam olhando o movimento na rua, Maria Gomes circula entre o Centro de Convivência (onde nunca fica muito tempo já que sente falta do seu cachimbo), a “residência” e o comércio da rua. Conhece pelo nome todos os comerciantes do início da rua até o Centro de Convivência. Como eu disse acima, a rua onde elas moram é a principal do bairro, onde está concentrado quase todo o comércio. Diariamente ele visita a loja de materiais de construção vizinha a RT. Ela sempre que entrar na loja pedi a benção a um dos donos, que responde prontamente: “Deus te Abençoe”. Esse relação afetuosa dela para com eles lhe rende freqüentemente uns trocados, que até ela descobrir que tem o colesterol alto eram gastos invariavelmente com um pastel de queijo e um café com leite do outro lado da rua. Ela sempre foi muito discreta em relação a esse dinheirinho, pois tal como as outras moradoras era freqüentemente instruídas pela *cuidadora* a não pedir e a não aceitar esmolas, lição que sempre vem acompanhada do lembrete de que eles não estão mais no hospital, que não precisam mais de esmolas já que agora têm seu próprio dinheiro.



A tarde é, também, o período usado para idas ao médico, para as compras no centro da cidade (sempre na companhia da *cuidadora*) e para os cuidados estéticos no salão de beleza, freqüentado por elas pelo menos uma vez por mês, para pintar a unha, cortar e pintar o cabelo. À noite fazem um lanche ou tomam uma sopa que a *cuidadora*

prepara antes de ir embora, por volta das nove horas já estão na cama. Aos domingos Raimunda, Lurdes e Conceição vão à missa pela manhã.

3.3 As ocasiões especiais

A rotina na “residência” é quebrada por dois acontecimentos os aniversários e as viagens, ambos cercados de muita excitação. É uma prática comum a todas as RTs da cidade a comemoração dos aniversários dos moradores. As festas são muito semelhantes aos aniversários de criança, com bolo confeitado, vela, balões, salgadinhos e refrigerantes. Também não costuma faltar música, mas especificamente o forró. Nas duas últimas festas em que estive presente a música era executada ao vivo por um grupo de Forró contratado por uma das *cuidadoras*, que por sinal estava muito orgulhosa por ter colocado em prática a novidade.

As festas são momentos de grande excitação para os moradores e para os *cuidadores*. Na semana que antecede o aniversário as moradoras se preparam cuidadosamente, arrumam as unhas na manicure, retocam a pintura do cabelo, fazem escova e escolhem com o *cuidador* um presente para o aniversariante.

A festa é também o momento em que o trabalho do *cuidador* está mais em evidência já que além da técnica responsável pela casa estarão presentes também outros cuidadores, que invariavelmente avaliaram seu trabalho. Ao iniciar os preparativos ele deve ter em mente em primeiro lugar quantos serão os convidados. É com esse dado que ele poderá saber o tamanho do pólo que deverá encomendar e a quantidade de salgados (coxinhas, quibes, pasteizinhos, empadas). Deverá ainda providenciar os refrigerantes, copos, pratos e talheres de plástico; preencher e entregar os convites para o aniversário e providenciar a decoração. No dia da festa nada pode sair errado, a casa deve estar muito limpa e bem arrumada, os “moradores” da residência também devem estar bem

arrumados, de preferência vestidos com suas melhores roupas.





Além de toda a excitação que antecede o aniversário e da preparação que mobiliza *cuidador* e “morador” por vários dias alterando significativamente a rotina das RTs. Os aniversários foram boas oportunidades para a observação da rede de relações dos sociais dos moradores fora do hospital.

Estive presente a 9 festas de aniversário em cinco residências diferentes. Em todos eles o que se nota é que os vínculos construídos fora do hospital ainda são bastante restritos ao universo das “residências”. O inventário dos convidados de um desses aniversários exemplificará essa afirmação.

A festa foi na “residência 9”. Dela participaram todas as 8 moradoras exceto uma, Coleta, que ficou no seu quarto assistindo à televisão. Ela nunca participa das festas e no seu aniversário não gosta que nada de especial seja feito. A porta do quarto não fica fechada durante a festa, sua atenção fica dividida entre o programa de televisão e o movimento de convidados no corredor.

O seu quarto, diga-se de passagem é um dos mais confortáveis que vi nas RTs em Barbacena. Tem a cama de solteiro onde ela dorme, um criado mudo, guarda-roupa, uma cômoda de frente para a cama, onde está a sua televisão e o receptor da antena parabólica e ao lado da cômoda um frigobar. Coleta, segundo dizem os funcionários do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena, já gozava de uma condição privilegiada dentro do hospital, e pelo visto conseguiu mantê-la na “residência” comparação entre o quarto dela com o das outras parece que ela conseguiu preservá-la na “residência”. O curioso é que apesar dela se recusar a sair do quarto quando há uma festa na “residência” um convidado que queira entrar em seu quarto para uma conversa será extremamente bem tratado. Não há, portanto, nenhuma hostilidade à festa ou aos convidados. Muito pelo contrário, ela veste suas melhores roupas para a festa, senta de

forma muito comportada em sua cama e fica em seu quarto, como que esperando alguém para um pouco de conversa.



Quanto as *cuidadoras*, as três que trabalham na “residência” estavam presente. A organização da festa é sempre responsabilidade de apenas uma delas, aquela que é a responsável pelo PTI (Projeto terapêutico Individual) do Morador, no entanto, como nas festas o trabalho é muito grande todas comparecem por “camaradagem”.

A técnica de referência também compareceu, chegou no meio da festa. Cumprimentou a aniversariante, as outras pessoas presentes, perguntou sobre o bolo, se era mesmo diet e saiu logo depois de cantado o parabéns.

Os convidados eram em sua maioria moradores de outras residências, o João, que namora a Gaspar moradora da residência da aniversariante, o Menino (Bastos) e o Toninho ambos da mesma RT do João (eles vieram acompanhados pelo *cuidador*). Da RT 2, estava presente a Maria Gomes, que logo que saiu do hospital foi para essa RT, mas segundo a Gaspar “ficou ruim da cabeça” e quis mudar para outra “residência”. Estavam na festa ainda a Elzinha e a Magda, namorada do Toninho, que são de outras duas residências.

Os maridos das três *cuidadoras* e a filha de uma delas, também estavam na festa, já conheciam bem as moradoras de outras oportunidades como aquela. Por fim, as únicas pessoas que de alguma forma não estavam vinculadas ao universo das residências terapêuticas, uma vizinha e a sua filha.

Em todos os outros aniversários que estive o perfil dos convidados se repetiu, *cuidadores* e por vezes alguns de seus familiares, moradores de outras residências e um ou outro vizinho. Na RT 2 o número de vizinhos que costuma freqüentar as festas costuma ser maior, a razão para isso é que quando a RT foi criada várias mulheres

envolvidas com pastorais na Igreja do Bom Pastor (onde também funciona o Centro de Convivência e a ONG) que geri os recursos do projeto se reuniram para “acolhe-las”. Elas próprias se intitulam “visitadoras”, e se revezam para ir aos aniversários nessa RT.

Quanto as viagens, elas acontecem em média duas vezes por ano, variando um pouco de uma residência para outra. Ano passado as moradoras da “residência 2”, viajaram duas vezes, a primeira foi uma viagem de quatro dias a Caxambu-MG, foram 7 “moradoras”, a Sebastina e a *cuidadora*. A segunda viagem foi a Aparecida do Norte-SP e Cachoeira Paulista-SP, viajaram três moradoras, Raimunda, Maria Gomes e Conceição acompanhadas pela Sebastiana (Nessa viagem eu também estive com elas). Para 2008 já está sendo planejada uma ida à praia, viagem que outras RTs já fizeram.

3.3 Três dias como cuidador em Aparecida do Norte e Cachoeira Paulista.

Essas viagens realizadas pelos moradores são de muito interesse já que representam um quebra da rotina de vida nas residências. Apenas por isso elas já teriam um especial interesse para a pesquisa, já que no período em que os moradores estavam no hospital ocasiões excepcionais como essas eram raríssimas²⁰. Nas viagens os horários ficam mais flexíveis, os hábitos alimentares se alteram e as novas competências no convívio social são testadas.

No entanto, o que é fundamental é que essas ocasiões funcionam como testes para as novas competências adquiridas pelos moradores nas residências. As competências testadas são as mais variadas, se servir no almoço sem grandes exageros, usar os talheres, comer com calma, vestir-se adequadamente, controlar o impulso para fumar.

As viagens fazem parte ainda da idéia de casa e de “vida normal” implícita a implantação das residências terapêuticas. De acordo com essa idéia pessoas comuns fazem viagens turísticas, almoçam fora de casa aos domingos, reservam principalmente os fins de semana para as atividades de lazer. Se a proposta é que as residências

²⁰ O carnaval era uma dessas ocasiões de saída do hospital. Ocasão em que o bloco “tirando máscaras”, formado pelos pacientes do CBPH e seus funcionários, abre o carnaval da cidade.

terapêuticas sejam casas comuns nada mais “óbvio” que a implantação desses hábitos nas residências.

As primeiras viagens são sempre iniciativas dos *cuidadores* (instruídos pela técnica de referência). Em geral elas seguem uma gradação, como em qualquer treinamento partem de um teste mais simples para um de maior dificuldade. Elas começam com passeios a locais próximos a Barbacena como pesque-pague, locais onde é possível ir e voltar no mesmo dia, se as coisas correrem bem nesses passeios o próximo passo serão as viagens curtas, dois ou três dias a cidades próximas, nesses casos os destinos mais apreciados são as cidades históricas, as estâncias minerais do sul do estado. Por fim, vêm as mais longas cujo destino mais freqüente são as cidades litorâneas do Espírito Santo e da região dos lagos do estado do Rio de Janeiro.

Por considerar as viagens um momento fundamental do processo de treinamento dos “moradores” considerava imprescindível o acompanhamento de uma dessas viagens. Isso só foi possível no mês de novembro, quase no fim do trabalho de campo. Ao longo de toda a pesquisa fiz várias tentativas de acompanhar viagens como essas, mas só nessa tentativa obtive sucesso. Como dessa vez se tratava de uma excursão aberta, onde iriam outras pessoas além das moradores foi mais fácil. Bastou conseguir com Sebastiana o telefone da Senhora que estava organizando a excursão e pagasse R\$70, para que eu as acompanhasse nesta “viagem”.

Foram três dias. Tratou-se de uma viagem religiosa a dois santuários, à Basílica de Nossa Senhora Aparecida em Aparecida do Norte e a Cidade vizinha de Cachoeira Paulista onde fica a sede da TV Canção Nova, canal aberto de programação religiosa da Renovação Carismática Católica.

Foi Sebastiana quem me falou da viagem em uma visita que fiz a sua casa. Quando eu disse que também gostaria de ir ela me informou o número do telefone da organizadora da excursão, número que trazia anotado em uma pequena caderneta. Desse dia até a data da excursão nos falamos várias vezes, oportunidades em que ficava clara a empolgação dela e das outras três (Raimunda, Maria Gomes, e a Conceição) com a viagem. Na véspera da viagem como é de costume antes de ocasiões especiais elas foram ao salão para cuidar das unhas e do cabelo.

Essa viagem, no entanto, guardava uma diferença fundamental em relação as outras que eu não pude acompanhar, não haveria um *cuidador* acompanhado as quatro moradoras, elas estavam sob a responsabilidade de Sebastiana. Não seria possível, portanto, acompanhar o trabalho do *cuidador* em loco em uma viagem como era a

intenção inicial. Contudo, serviu para que eu me sentisse um pouco na pele de um *cuidador*.

A excursão saiu de uma praça da cidade a meia-noite. A razão para que saíssemos tão tarde era o horário de chegada a Aparecida. Saindo de Barbacena a essa hora não precisaríamos pernoitar em Aparecida, chegaríamos lá no começo da manhã ainda a tempo de acompanhar a missa das 7 horas. As onze e meia eu já estava na Praça de onde partiria a excursão, as quatro já estavam na praça a espera do ônibus quando eu cheguei, éramos os únicos que já esperavam. Logo que cheguei me impressionou a quantidade de bagagem que levavam para uma viagem que duraria três dias (várias malas e sacolas), elas não acharam menos estranho eu portar apenas uma mochila. Enquanto esperávamos Maria Gomes veio me dizer que havia sido ela quem pagou os 10 reais do táxi, fazendo questão de mostrar que não se importava por ter pago. Além das bagagens maiores cada uma delas carregava consigo uma sacola com farto lanche para a viagem, biscoitos, sucos e salgadinhos industrializados. Enquanto esperavam elas já começaram a comer o lanche que trouxeram.

Logo que o ônibus chegou guardamos as malas no bagageiro e nos acomodamos nas primeiras poltronas. Raimunda e Conceição se sentaram juntas, eu sentei com a Maria Gomes e a Sebastiana sentou-se três poltronas atrás de nós. Logo que o ônibus saiu a organizadora da viagem iniciou uma oração para que a viagem fosse tranqüila, no que foi acompanhada pela Raimunda, a conceição e a Maria Gomes que a essa altura continuavam comendo o lanche que levaram.

No ônibus a única que mostrou alguma desenvoltura no contato com as outras pessoas foi Sebastiana; as outras três se limitaram a falar com ela e comigo, apesar de existir no ônibus um clima de confraternização, acentuado pela sugestão da senhora responsável pela excursão que cada um se apresentasse dizendo pelo menos o primeiro nome, sugestão que elas também atenderam. Após a oração e a apresentação das 25 pessoas que estavam no micro-ônibus, Raimunda, Conceição e Maria Gomes pagaram pela viagem, com o dinheiro que trouxeram de casa já separado para esse fim. As três têm dificuldades para lidar com o dinheiro, o fato delas trazerem o dinheiro da viagem com elas está relacionado com o processo de aprendizagem. Mesmo aqueles moradores que não tem nenhuma familiaridade com o uso do dinheiro recebem pequenas quantias para gastos ocasionais. Portar o dinheiro tem um forte caráter simbólico, mostra que elas têm seus próprios recursos, que não precisam da ajuda financeira de terceiros, que elas mesmas podem comprar o que necessitam.



Com menos de uma hora de viagem elas já estavam dormindo e a viagem seguiu tranqüila até a hora que elas acordaram, quase três horas depois, agem, querendo ir ao banheiro. O pedido para ir ao banheiro foi feito pela Maria Gomes que estava ao meu lado e que foi acalmada quando eu disse que o ônibus já ia parar e pela Conceição que estava na poltrona ao lado. Maria Gomes logo que eu disse que o ônibus ia parar voltou a dormir, já em relação à Conceição a situação parecia ser mais séria, a cada dez minutos ela dizia que estava apertada para fazer xixi, entendendo a gravidade da situação pedi para que o motorista parasse. O problema, no entanto, foi que os poucos estabelecimentos da estrada estavam todos fechados. Mais de uma hora após o meu pedido ao motorista ele encontrou um lugar onde podíamos descer. Contudo, não havia mais tempo.

Chegando a Aparecida fomos direto para a Basílica. Andamos um pouco pela Igreja, tiramos algumas fotos e assistimos parte da Missa das 7 horas da manhã. Feito isso fomos procurar o local onde talvez pudesse estar uma urna para que Sebastiana pudesse, finalmente, depositar seus pedidos. Depois de procurar por um bom tempo, encontramos a tal urna. O local, entretanto, contrastava bastante com a suntuosidade da Basílica. No sub-solo, próximo ao Museu dos Ex-votos, encontrava-se a urna branca, de madeira compensada. Diante do que lhe parecera um despojamento exagerado, Sebastiana não podia acreditar no que tinha sob seus olhos. E quando eu lhe disse que era ali mesmo que deveria depositar seu pedido, não acreditou nas minhas palavras. Insisti com ela que era aquele mesmo o lugar reservado aos pedidos. Vendo que não obteria sucesso em convencê-la, numa derradeira tentativa sugeri, então, que nos dirigíssemos a um dos muitos estandes de informações distribuídos no santuário para

que pudesse assegurar-se do que acabava de dizer-lhe. Dentro da imponente Igreja, entretanto, logo no primeiro estande voltaria a relutar, não acreditando nas informações então prestadas desta vez por um funcionário. Somente após ter sido esclarecida a propósito do assunto em outro estande, na mesma Igreja e por outro funcionário, finalmente, Sebastiana se convenceria. Admitindo, não sem antes manifestar sua decepção, que era naquele lugar, tão sem graça, que deveria depositar seus importantes e tão cuidadosamente reservados pedidos, procedeu como de outras vezes e em muitas outras igrejas. Cumprida essa missão, seguimos para o Shopping construído em frente a Basílica.



Após tomarmos um café, fomos às compras. Elas compraram terços, camisetas de algodão com a imagem de Nossa Senhora Aparecida, imagens em gesso e pulseirinhas feitas com as medalhas de vários Santos. Ao ver que não poderia comprar tudo que desejava, Maria Gomes começou a reclamar de Tânia, a psicóloga e técnica de referência de sua ‘residência’, pois, segundo ela Tânia tinha lhe dado pouco dinheiro para a viagem. Suas reclamações



Capítulo 4. O trabalho de treinamento dos *cuidadores*

O trabalho nas residências é organizado da seguinte maneira: a maioria das casas conta com 3 ou 4 *cuidadores*. Além deles, trabalham nas residências mais três profissionais, entre eles o “curinga”, que faz o mesmo trabalho do *cuidador*, com a diferença de não ser fixo em uma “residência”. Ele funciona como “quebra galhos”, cobrindo férias, faltas e situações de emergência. Poderia dizer que seu trabalho implica em uma menor responsabilidade, já que responder pela contabilidade da casa e o

cumprimento das metas²¹ a atingir com os moradores não fazem parte de suas atribuições. Além do ‘curinga’, há o profissional de serviços gerais cuja tarefa é cuidar da limpeza, comida e arrumação das “residências” que exigem maiores cuidados. É comum que esses profissionais acabem realizando as funções do *cuidador*, isentos, contudo, de algumas de suas responsabilidades²².

O outro profissional que faz parte do cotidiano do morador é a ‘técnica de referência’, chamada simplesmente de “referência”. Não há homens nessa função. Essas técnicas são formadas em Psicologia ou Serviço Social, e têm como função supervisionar o trabalho dos *cuidadores* e fazer o acompanhamento “técnico” da “evolução” dos moradores. Juntos com os *cuidadores*, elas elaboram o PTI (Projeto Terapêutico Individual), no qual, a partir das “deficiências” de cada morador, são elaboradas estratégias “terapêuticas”. Como o Projeto é individual, cada *cuidador* fica responsável por acompanhar mais de perto dois moradores. A principal tarefa das técnicas de referência é a conferência sistemática da contabilidade feita pelo *cuidador*²³ e da higiene das casas. Elas também são responsáveis por receber e checar as queixas dos moradores a respeito dos *cuidadores*.

A relação entre estas quatro categorias de funcionários, envolve, quase sempre, uma boa dose de tensão. O curinga é frequentemente acusado pelo *cuidador* de se intrometer no que não conhece, de desorganizar o ambiente da casa e de querer “aparecer” para a técnica de referência para tomar o lugar dele. Já o curinga reclama ser vítima da resistência dos *cuidadores* que não os instruem corretamente sobre o trabalho, comprometendo o bom andamento do serviço. Ainda assim, é na relação entre o *cuidador* e a técnica de referência que essas tensões são mais evidentes.

4.1 A missão do cuidador

Posso afirmar que o trabalho destes profissionais está muito longe de se resumir a tomar conta de idosos, supervisionando-lhes e oferecendo cuidados médicos. Dar o remédio certo na hora certa, notar alterações na saúde, ajudar com as dificuldades de locomoção, controlar a alimentação dos diabéticos e hipertensos certamente são

²¹ Metas traçadas no Projeto Terapêutico Individual.

²² Diferente do ‘curinga’ e de quase todos os *cuidadores* que trabalham em regime de plantão, o profissional de serviços gerais é diarista.

²³ Nas residências, o *cuidador* que deve controlar e prestar conta do dinheiro do morador.

atividades importantes no trabalho nas “residências”. Contudo, o que me chamou a atenção foi o trabalho de iniciação e treinamento. Nas “residências”, os *cuidadores* ensinam um modo de vida. Eles trabalham para mudar os hábitos “viciados” do tempo do hospital e transformá-los em “pessoas autônomas”.

4.2 O trabalho de treinamento

A necessidade dessa transformação promovida pelos *cuidadores* é a correção do que Goffman (1984) chama de “destreinamento”. “Por isso, se a estada do internado é muito longa, pode ocorrer, caso ele volte para o mundo exterior, o que já foi denominado “desculturamento”- isto é, “destreinamento” – que o torna temporariamente incapaz de enfrentar alguns aspectos de sua vida diária. É bom frisar que ele não usa o termo “dessocialização” e diz, em nota, que o considera forte demais

Com frequência, os *cuidadores* comparam os moradores a filhos, comparação que merece ser explorada. Frases como “Eles são como filhos” ou “Acho que nós devemos tratá-los como filhos” são elucidativas. Quando os *cuidadores* se pronunciam dessa forma, estão dizendo, entre outras coisas, que possuem uma relação de afeto com os moradores e que o tratamento que dispensam é cuidadoso. Mais do que isso, eles indicam que os ex-internos devem ser ensinados, guiados nessa etapa que estão começando. A comparação de um morador com uma criança, o que também é muito freqüente, reforça o caráter de neófito do morador e a tarefa de treinamento realizada pelo *cuidador*. Assim como a criança, o morador deve ser socializado no mundo que acaba de ingressar. A proposta nas “residências”, mesmo que não formulada explicitamente, é transformar os hábitos do hospital, torná-los vagas lembranças do passado. Anselm Strauss, em “Espelhos e Máscaras” (1999) nos ensina que é próprio do trabalho do treinador o enfrentamento de antigos modos de vida. Para aprender um jeito de morar em um determinado momento, será necessário desaprender o anterior.

“O aprendiz tem algo a desaprender, a enfrentar, e isso entrará cedo na trajetória de seu aprendizado e, muitas vezes permanecerá com ele até muito tarde. Talvez seja isso um modo diferente de dizer que o treinador deve desafiar antigas maneiras de fazer, de ver e pensar, bem como deve apontar, novas maneiras.” (STRAUSS, 1999:121)

As formulações de A. Strauss são extremamente interessantes e pertinentes porque restituem a importância da socialização na idade adulta. Por acreditar que as melhores teorias do desenvolvimento só se detiveram sobre o período que se estende da infância até a fase adulta, ele se interessa especialmente pelas mudanças que se dão a partir da maturidade. Anselm Strauss considera o treinamento um momento necessário à mudança de *status*, processo que muitas vezes é desencadeado por incidentes críticos, momentos decisivos nas carreiras pessoais. A saída de um hospital psiquiátrico, após anos de internação, é um bom exemplo disso. Assim, a relação de treinamento como passagem para outro *status* é definida por ele da seguinte forma:

“Uma relação de treinamento é aquela que leva alguém a procurar mover algum outro ao longo de uma série de etapas, quando essas etapas não são inteiramente institucionalizadas e invariantes, e quando o aprendiz não está totalmente consciente de suas seqüências (mesmo que o treinador o esteja).” (STRAUSS, 1999: 116).

No caso dos moradores das residências terapêuticas, o treinamento se impõe especialmente pela quantidade e profundidade das novidades que acompanham a vida fora do hospital. A primeira destas novidades é a perda da maior parte dos antigos contatos com os colegas de internação e funcionários do hospital²⁴, juntamente com as novas relações a serem formadas com os colegas de “residência”, com os *cuidadores*, com a técnica de referência e os funcionários da ONG. Além dessa reformulação dos contatos sociais, a nova vida traz outras inovações importantes e, entre elas, o dinheiro é uma das principais.

Cada Morador recebe mensalmente ou R\$ 415,00 do Programa “De Volta Para Casa” do Governo Federal, a título de auxílio-reabilitação psicossocial. A maior parte deles recebe também uma aposentadoria de ou R\$415,00. Esse dinheiro é usado para despesas pessoais, já que aluguel, água, luz e mantimentos básicos são pagos pela ONG, com outros recursos. Apenas em 4 casas os moradores arcam também com as despesas de água, luz e alimentação.

Em uma dessas “residências” moram Cláudia e Grimalda. Cláudia permaneceu internada por trinta anos e, Grimalda, por cinco. As duas já eram amigas desde os

²⁴ Digo a maior parte porque alguns moradores mantêm sua antiga rede social. Um exemplo disso é Grimalda; ela considera uma funcionária do hospital no qual esteve internada por cinco anos sua principal e melhor amiga. Além do mais, é comum que parte dos moradores de uma residência se conheçam do período de internação. Os aniversários servem também para que antigos amigos se revejam.

tempos em que eram internas do hospital psiquiátrico Sanatório Barbacena e foram encaminhadas para a primeira RT criada na cidade no ano de 2000. Com elas seguiram outras quatro moradoras, mas, posteriormente, as duas optaram por residir sozinhas, dispensando a companhia das demais.

Elas vivem na “residência” que mais se parece com uma casa “comum”. Localizada em um bom bairro da cidade, a cinco minutos a pé do centro de Barbacena, a casa possui dois quartos, sala, copa, cozinha e banheiro, além da varanda e do terreiro. Logo que se entra é possível notar a diferença entre essa e todas as outras residências. Para que os leitores possam entender a minha surpresa ao observar os arranjos dessa residência, vejamos como se configura a maioria das residências. Nestas, não falta nenhum dos equipamentos essenciais a uma casa. Na sala há uma estante, televisão e sofás; na cozinha, mesa, cadeiras, fogão, geladeira; nos quartos, duas camas de solteiro armário e cômoda. Os espaços na casa, no entanto, na maioria das vezes, são despersonalizados. Quase todas as “residências” possuem essa mesma configuração.

Observemos agora a descrição da casa em que residem Cláudia e Grimalda. Na sala, por exemplo, vemos uma grande variedade de plantas. Há, pelos menos, dez espécies diferentes. Grimalda adora plantas. A parede é enfeitada por vários pratos de porcelana. Ainda compondo a decoração da sala, um jogo de sofá, uma mesinha de centro (com mais enfeites), uma televisão e um aparelho de DVD. Na porta entre a sala e a copa, uma samambaia. Em cada um dos dois quartos, uma linha telefônica, um televisor, cômoda e armário. Na cozinha, além de geladeira, fogão e armário, Grimalda cria dois papagaios. Fotos e imagens de Santos estão por toda a casa. Cada objeto tem uma história com uma delas. Nenhum objeto está em determinado lugar por acaso. Nas outras residências, só com as cômodas nota-se um processo parecido. Elas são o lugar para se exhibir fotos, santinhos, presentes, cremes, entre outros pertences, como mostram as duas fotos abaixo.



A cozinha da Cláudia e da Grimalda é pouco usada, apesar de bem equipada. Como moram só as duas²⁵, elas optaram por não cozinhar em casa. Ao invés disso, pagam, mensalmente, a uma vizinha para que lhes forneça diariamente o almoço. Por razões estéticas, substituíram o jantar por um lanche, fornecido por uma padaria próxima que faz as entregas em casa²⁶. Diante da situação relativamente confortável que gozam na “residência”, dizem serem elas alvo da inveja da vizinhança. Fora a “residência” da Cláudia e da Grimalda e as RT onde vivem casais ou apenas um a pessoa os moradores usam o dinheiro apenas com suas despesas pessoais, como as viagens, cosméticos, salão de beleza, fumo, móveis novos, relógios, roupas e remédios não disponíveis no Sistema único de saúde (SUS).

Boa parte dos moradores já tinha contato com o dinheiro no hospital, não obstante este fosse, normalmente, obtido em pequena quantidade e em troca de pequenos favores. Não só era pouco o dinheiro como eram também raras as oportunidades para gastá-lo fora do hospital. Com a ida para a “residência”, esse é um cenário que se altera bastante. Agora eles possuem uma fonte segura de recursos e podem ir a lojas e mercados. É evidente, também, que o uso do dinheiro é uma parte importante do trabalho de treinamento do *cuidador*. Este ensina aos moradores como reconhecer as notas²⁷, gerir o dinheiro de forma a fazê-lo durar todo o mês, a não gastar com coisas “desnecessárias” e a poupar para uma futura compra ou viagem.

Como o *cuidador* é o responsável por zelar pelo dinheiro do morador é ele que precisa prestar contas. Em conjunto, os *cuidadores* e a técnica de referência estipulam

²⁵ Nessa residência não há *cuidadores*.

²⁶ Também por meio de pagamento mensal.

²⁷ Conheci apenas quatro moradores que sabem ler, boa parte dos outros, no entanto, com relação ao manuseio do dinheiro, reconhecem as diferenças entre as distintas cédulas.

quanto cada morador vai receber de dinheiro Alguns moradores não sabem distinguir uma nota de R\$ 100,00 de uma de R\$ 1,00 e dificilmente saem sozinhos. Estes não recebem dinheiro, ou recebem muito pouco, parte do dinheiro dele vai para uma poupança e outra parte fica com o *cuidador* para despesas eventuais do morador. Para os que são mais autônomos, e que, portanto, saem mais sozinhos, os *cuidadores* e a técnica de referência avaliam qual seria o valor de uma quantia razoável. Dificilmente eles ficam com todo o dinheiro. Assim, se uma compra envolve uma quantia maior, eles são acompanhados por um *cuidador*. Numa contabilidade complicada, o *cuidador* deve prestar conta de todo o dinheiro. Cada centavo gasto é anotado em uma caderneta, preferencialmente, com sua respectiva nota fiscal.

O sistema de controle sobre o *cuidador*, no que diz respeito ao dinheiro, é tão eficiente que a preocupação deles com as “notinhas”, acaba contagiando os moradores²⁸. Na viagem à Basílica de Aparecida, por exemplo, todas as compras nas barraquinhas de artigos religiosos foram acompanhadas do pedido da “notinha”, mesmo que o produto em questão custasse apenas R\$ 1,00 (um real).

O treinamento envolve também à repressão aos pedidos de cigarros, doces e dinheiro a estranhos ou pessoas da vizinhança. Digo repressão porque, sempre que algo semelhante acontece, os moradores são lembrados pelos *cuidadores* que agora têm dinheiro e que não precisam pedir a ninguém²⁹. Nessa parte do treinamento, também fica evidente que a tentativa é romper com antigas práticas do período de internação. Quanto aos gastos excessivos, por mais de uma vez, vi um morador censurando o outro.

Outro ponto do treinamento são os trabalhos caseiros. Como o objetivo das “residências terapêuticas” é fazer com que os “moradores” vivam com o máximo de autonomia, eles devem realizar os pequenos afazeres da casa, como limpar o banheiro, varrer os cômodos, retirar a poeira dos móveis, arrumar as camas e preparar a comida. No Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena, de onde veio a maior parte deles, essas tarefas já eram incentivadas. Lá, já viviam em um simulacro de casa, chamadas por eles e pelos funcionários do hospital de “casinhas”. Cada uma destas unidades abrigava 24 pessoas, número inferior ao dos antigos pavilhões, mas que ainda funcionava no regime de enfermarias.

²⁸ A contabilidade da residência é segundo os *cuidadores* a pior parte do trabalho. Do saque do dinheiro ao visto da técnica de referência no caderno de contabilidade esse é um processo cercado de tensões.

²⁹ Doações espontâneas de vizinhos são evitadas quase com a mesma veemência.



Independentemente da disposição dos moradores, a casa deve estar limpa e os moradores bem alimentados. Em algumas “residências”, o trabalho é quase todo feito pelo ‘*cuidador*’. Abaixo, eu transcrevo o comentário de um ‘*cuidador*’, que trabalha em uma residência masculina, sobre a dificuldade para convencer os moradores a realizar as tarefas da casa:

“A gente deve tentar o máximo possível incentivar eles a fazer tudo, mas principalmente nas residências masculinas. É porque nós, hoje, homens, temos uma visão diferente de que nós devemos ajudar em casa, a dividir as tarefas em casa. Mas, como eles não aprenderam isso ao longo da sua vida, hoje, se torna muito difícil pôr eles dentro de uma cozinha pra fazer almoço, pra lavar panela, pra arrumar uma cozinha. A gente vê que tem certos moradores, às vezes, que na hora que a técnica chega correm e pegam a vassoura. A técnica foi embora, a vassoura vai pro lugar (risos). Então a nossa maior dificuldade hoje é essa.”

Ao longo da conversa, ele afirma que o morador acaba fazendo o trabalho depois que ele pedir várias vezes para que o faça. Nesta mesma entrevista, a Coordenadora pondera que, às vezes, fazer essas tarefas da casa pode ser terapêutico, como também por ser terapêutico não fazê-las, para que os moradores a façam. Em seguida, uma *cuidadora* faz outro questionamento à coordenadora do trabalho: “mas X, e aqueles que não querem fazer nada, nunca, dia nenhum, totalmente resistentes, tem que ficar brigando?” A esse questionamento a Coordenadora respondeu: ‘É. Lá na 16 tem muito isso. Oh gente, aí nós vamos ter que começar a entender a história deles. Eles vieram de uma clínica onde isso, de certa forma, era preconizado.’ A conversa prossegue com a

Coordenadora falando que, apesar destas dificuldades, os avanços acontecem. Ela também relatou o caso de um morador que antes só dormia de sapatos e agora os tira para dormir. Ele também não participava das reuniões dos moradores com a técnica de referência na sala e hoje vai mesmo que seja para dizer “que não é disso não”.

Em relação à higiene pessoal, o trabalho também focaliza reverter os hábitos do hospital. Conseguir que os moradores tomem banho diariamente e façam a escovação dos dentes é um desafio para a maioria dos *cuidadores*, que, por sua vez, são cobrados pelos técnicos quando isso não acontece. Apesar de o banho diário ser o principal desafio, o *cuidador* está constantemente censurando costumes antigos e ensinando novos hábitos. Cuspir no chão e deixar lixo em qualquer lugar são atitudes comuns a um morador recém chegado. Estas práticas se tornam cada vez mais raras naqueles que estão nas “residências” há mais tempo. Pode-se dizer que há um verdadeiro “processo civilizador” em curso nas “residências, como progressiva transformação do comportamento humano, pensando nos termos de Elias. O uso “adequado” do banheiro e a atenção para com a limpeza das roupas também são alvo de constante vigilância do *cuidador*. Enquanto o ele ensina e reforça esses cuidados com a higiene no dia-a-dia, a técnica de referência reforça, em suas visitas, a importância desses “hábitos saudáveis” para a saúde do morador.

Quando o assunto é a alimentação, a preocupação também é a de implantar hábitos mais “saudáveis”. Deve-se controlar os excessos, ensinar a comer os alimentos com mais calma e incentivar o uso dos talheres. A autorização para comer de colher é dada apenas se o morador não tiver condições de usar garfo e faca. A fala de uma técnica em um curso de capacitação ilustra muito bem esse trabalho de refinamento dos hábitos dos moradores:

“E a gente tem que chegar mesmo em horários diferentes, de vez em quando, ou na hora de almoço. Quantas vezes eu já cheguei na hora do almoço e estava todo mundo comendo de colher, e o *cuidador* falando que está tudo perfeito, está tudo ótimo.”

Pelo que diz a técnica fica claro que o hábito de comer com a colher não deve ser incentivado ou permitido; e que essa é uma responsabilidade do *cuidador*, que deve insistir para que os moradores usem em suas refeições garfo e faca. Tanto na questão da higiene corporal quanto em relação à alimentação, o *cuidador* é o principal agente desse processo civilizador que, certamente, eles já estavam expostos no hospital, mas que se

acentua nas “residências terapêuticas”, por estarem em menor número e serem acompanhados, individualmente, quase em tempo integral.

Além de modos de fazer, de padrões de higiene e comportamento na casa, os *cuidadores* participam das negociações em torno da vida afetiva dos moradores. Duas situações são extremamente comuns. A primeira é o namoro como solução para “acalmar” um morador ou uma moradora que demonstra dificuldades para conter seus impulsos sexuais, ou como eles dizem, quando “fulano está subindo pelas paredes”. A outra situação é aquela em que o morador ou moradora pede que o *cuidador* lhe arrume um parceiro. Quando isso acontece, o *cuidador* costuma recorrer a um morador de uma “residência” que já conhece³⁰. Boa parte dos namoros não “funcionam”. Normalmente isso acontece porque um deles é “muito parado” ou aparenta estar desinteressado na relação. Esses namoros não duram muito tempo. Na festa junina promovida pela ONG, eu presenciei o ‘rompimento’ de um desses casais. A moradora reclamou para a sua *cuidadora* do namoro e disse que queria outro namorado. A *cuidadora*, na mesma hora, terminou o namoro e lhe encontrou outro par (a nova relação também não teve sucesso). Nos namoros que são mais efetivos, onde um parceiro frequenta a residência do outro e há troca de carinhos, incluem, quase sempre, a expectativa do casamento por parte dos parceiros.

Em dezembro, dois casais que acompanhei desde o início, da pesquisa, estavam se preparando para o casamento, Gaspar e João. Será a terceira RT em que moram casais. Gaspar e João estão entre os namorados prestes a se casar. Sempre que se encontram no mesmo ambiente, ficam um do lado do outro, trocam presentes em ocasiões especiais, visitam-se nos fins de semana e têm encontros íntimos em hotéis. Em tudo isso está sempre o *cuidador*, escolhendo o presente, sugerindo o encontro no hotel, instruindo os moradores sobre como se comportar e, muitas vezes, orientando o próprio gerente do hotel, para que tudo saia a contento. Nesses namoros, normalmente, as *cuidadoras*³¹ da mulher têm um papel mais efetivo.

Outra prática que começa a fazer parte da rotina de algumas residências é a ida a bordéis. As visitas costumam acontecer uma vez por mês, após receberem o pagamento, e são realizadas na companhia de um *cuidador*. No bordel, o *cuidador* indica as “meninas” para os moradores e veta alguma escolha equivocada, mostrando que há “coisa” melhor. Eles também ficam responsáveis por combinar os preços.

³⁰ A maioria dos *cuidadores* já trabalhou em mais de uma residência.

³¹ Nas “residências femininas” não trabalham homens, já nas masculinas trabalham homens e mulheres.

Conclusão: “A residência é a cara do *cuidador*”

No transcorrer do curso de capacitação foi dito várias vezes pela coordenação que “a residência é a cara do *cuidador*”. Frase que soava sempre como um alerta dirigido aos *cuidadores* e cuja tradução é a seguinte: qualquer coisa que aconteça nas residências é de responsabilidade do *cuidador*, as casa são seu reflexo.

A interpretação não estava equivocada, já que toda a cobrança em relação ao processo de adaptação do ex-interno recai sobre os *cuidadores*. Se houver um problema de relacionamento nas residências o primeiro a ser avaliado é o *cuidador*. Mesmo se algum morador apresentar alguma dificuldade de relacionamento com os outros moradores, ou entrar em crise psiquiátrica o problema pode acabar sendo atribuído ao trabalho do *cuidador*.

Essa hiper-responsabilização não é decorrente apenas do reconhecimento da importância do papel que esse profissional tem na iniciação do morador à vida fora do hospício. É antes resultado de um dos pressupostos das residências terapêuticas, o da reparação do sofrimento vivido pelos moradores durante a internação. Eles que foram para o hospital contra a sua vontade, e lá sobreviveram a terríveis maus tratos, ao descaso das autoridades e ao abandono da família devem ser poupados de novos sofrimento. Como afirmou uma funcionária da coordenação de saúde mental do município “quem diz se o *cuidador* vai ficar ou não na residência é o morador”. A posição do *cuidador* é, portanto, extremamente frágil.

Durante o período de pesquisa ficou claro como o emprego do *cuidador* é instável. Vários deles foram demitidos e para os outros a possibilidade de perderem o emprego parecia sempre próxima. O que chama a atenção é que a frase: “A residência é a cara do *cuidador*”, dita pelos coordenadores do projeto assume o sentido de uma ainda maior responsabilização do *cuidador*, e dita pelos próprios *cuidadores* ela parece ter outro sentido, soa antes de tudo como uma afirmação da importância do trabalho que eles realizam. Isso só começou a se tornar mais claro para mim depois que em um *cuidador* me chamou a atenção insistentemente para ela.

Certamente a forma como cada residências está estruturada se relacionada em grande medida com o que o *cuidador* considera que é uma casa, o que evidentemente não é um fato dado. Sabemos que a casa é um lugar de intimidade, mas como devemos nos comportar nela, como devem ser distribuídos os móveis e por qual razão, onde é

permitido dormir, comer, fumar, como deve ser mantida a higiene da casa. Tudo isso não está escrito em um manual de convivência e nem está a cargo dos técnicos, é o *cuidador* que a partir da sua experiência de vida e coabitação deve dar essas direções. A residência é, portanto, não só a cara do *cuidador*, mas um reflexo da sua casa.

Por estas razões, o controle e o cuidado com a administração da medicação são talvez as funções menos complicadas e que requerem menos dedicação do cuidador. O que é mesmo fundamental é o trabalho de preparação para essa nova fase da vida dos moradores, em uma casa fora do hospital, que eles realizam. Trabalho que é guiado muito mais pelo que eles consideram certo, conveniente, desejável, do que pelas estratégias de reabilitação traçadas pelas psicólogas e assistentes sociais.

O trabalho de Oracy Nogueira, não produziu todas as conseqüências visualizadas por mim pois tive que fazer escolhas diante de um escopo de pesquisa talvez ambicioso de mais para um principiante no manejo das regras do ofício. Assim, deixei de lado as histórias de vida, embora pense em retoma-las pesquisa vislumbrada no âmbito do doutorado, outra etapa de minha formação acadêmica que espero realizar em prosseguimento ao razoável investimento até aqui por mim efetivado com empenho e satisfação.

Quanto aos documentos pessoais, tão emblematicamente surgidos como fontes para a sociologia na obra de Willian Isaac Thomas e Florian Znanieck, estes infelizmente não puderam de modo nenhum ser tratados aqui, por mim. E por uma razão muito simples: diferentemente da população de internos dos sanatórios analisada por Oracy Nogueira em seu estudo em Campos do Jordão, dos 160 ex-internos do complexo hospitalar de Barbacena vivendo hoje nas 25 residências terapêuticas, apenas 4 lêem e ensaiam escrever. Dois desses 4 moradores, no entanto, são o que se convencionou chamar “analfabetos funcionais”, um deles tendo iniciado os primeiros passos no aprendizado da leitura, aos 50 anos de idade, deosi de um longo período de internação, 30 anos ao todo. A inexistência de diários, cartas, cartões, e outras delícias para o regozijo desse caçador furtivo, que é muitas vezes o etnógrafo, entretanto, poderá, talvez, ser compensada pelo exame do copioso “álbum de fotografias” que constitui o singelo acervo de imagens tão resguardadas dos olhares indiscretos, vindo à cena em ocasiões muito especiais através das mãos de seus escrupulosos guardiães.

O estudo realizado em campos do Jordão e a perspectiva de análise e tratamento dos dados adotada por seu autor, esteve não só no centro de minhas considerações etnográficas, mas permaneceu durante todo o tempo no horizonte desta pesquisa.

Referências Bibliográficas

- AMARANTE, P. Loucos pela vida: a trajetória da reforma no Brasil. Rio de Janeiro: Coleção Panorama/ SDE/ ENSP, 1995.
- _____. Saúde Mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- BARROS E SILVA, Mary Cristina. *Repensando os porões da Loucura: Um estudo sobre o hospital colônia de Barbacena*. Dissertação de Mestrado: UFMG. 2005.
- BRASIL. Programa “De Volta para a Casa”. Saúde Mental: Novo Cenário, novas imagens. Coordenação de Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- BRASIL. *Residências terapêuticas: o que são, para que servem*. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- CARDOSO, Marina. *Médicos e clientela: da assistência psiquiátrica à comunidade*. São Carlos: EdUFSCar, 1999.
- CAVALCANTE, Fátima Gonçalves. *Pessoas Muito Especiais: a construção social do portador de deficiência e a reinvenção da família*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.
- CERTEAU, Michel. *A invenção do cotidiano*. Artes do Fazer. Petrópolis. Vozes, 1994.
- DELEUZE, Gilles. *Conversações*. Editora 34: 1972.
- DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. *Perspectivas da psiquiatria pós-asilar no Brasil (com um apêndice sobre a questão dos cronificados)*. In: TUNDIS, Silvério Almeida; COSTA, Nilson do Rosário (orgs). *Cidadania e Loucura: Políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 4ed: 1994.
- DUARTE, Luiz Fernando Dias (org.) *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.
- ELIAS, Nobert. *O Processo Civilizador*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1994.
- FOUCAULT, Michel. *História da Loucura na idade clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1979.
- FURTADO, Juarez Pereira. *Avaliação da situação atual dos serviços residenciais terapêuticos existentes no SUS*. Campinas, 2005.
- DESJEUX, D., MONJARET, A & TAPONIER, S. *Quand les Français déménagent : circulation des objets domestiques et rituels de mobilité dans la vie quotidienne en France*. Paris : Press Universitaires de France, 1998.

- GOFFMAN, Erving. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 1984.
- _____. *Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1975.
- JORGE, Marco Aurelio Soares. *Engenho dentro de casa: sobre a construção de um serviço de atenção diária em saúde mental*. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 1997. 117 p.
- LEAL, E.M. *O Agente do Cuidado na reforma Psiquiátrica Brasileira: modelos de conhecimento*. Tese de doutorado, UFRJ, IPUB, Rio de Janeiro, 1999.
- LEVI-STRAUSS, Claude. *Reflexões sobre a liberdade*. In: O olhar distanciado. Lisboa: Edições 70, 1983.
- LOBO, Renato Luiz Lopes de Castro. *A construção de uma lógica assistencial e a consolidação do modelo da reforma psiquiátrica na cidade das rosas*. Relatório de gestão em saúde mental. Barbacena, 2004.
- MANN, Thomas. *A montanha mágica*. São Paulo: Círculo do livro, 1983.
- MEAD, Margaret. *La Antropologia social y la psiquiatria*. In: BROSIN, H. W., MEAD, Margareth et.al. *Ciências Del hombre: Influências, interrelaciones y aplicaciones*. Editorial Paidós. Buenos Aires: 1967.
- MELLO, Marco Antonio; VOGEL, Arno. *Quando a rua vira casa: a apropriação de espaços de uso coletivo em um centro de bairro*. São Paulo: Projeto, 3.ed., 1985.
- NOGUEIRA, Oracy. *Vozes de Campos do Jordão: experiências sociais e psíquicas do tuberculoso pulmonar no Estado de São Paulo*. São Paulo: Revista Sociologia, 1950.
- ROSA, João Guimarães. *Primeiras estórias*. Rio de Janeiro: J. Olympio, 6ed, 1972.
- SABINO, Fernando. *O grande Mentecapto: relato das aventuras e desaventuras de viramundo e de suas inenarráveis peregrinações*. Rio de Janeiro: Record, 1984.
- SARMENTO, Laura de Carvalho Moraes. *Sobre autonomia: propondo um diálogo entre os campos da reforma psiquiátrica e da psicanálise*. Rio de Janeiro, 2006, 93p. Dissertação de Mestrado, Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.
- SCHUTZ, Alfred. *Estúdios sobre teoria social*. P.imprenta: Buenos Aires, Argentina. Amorrortu. 1974.
- STRAUSS, Anselm L. *Espelhos e Máscaras: A Busca de Identidade*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1999.
- VASCONCELOS, E.M. *Dispositivos Residenciais no Contexto da Reforma Psiquiátrica: revisão de estratégias, tipologia e dos principais desafios políticos*,

teóricos e práticos. In: Eduardo Mourão Vasconcelos (Org.) Saúde Mental e Serviço Social. São Paulo, 2000.

Anexo I**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

O presidente da República

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º - Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º - Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde consentâneo às suas necessidades;

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios invasivos possíveis;

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais,

com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de 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.

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracteriza os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que opto por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação estrita do familiar, ou do responsável legal, u quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 10 Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Art. 11 Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competente e ao Conselho Nacional de Saúde.

Art. 12 O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação dessa Lei.

Art. 13 Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação

Brasília, 6 de abril de 2001: 180º da Independência e 113º da República

Fernando Henrique Cardoso
José Gregori
José Serra
Roberto Brant

Anexo II

Portaria/GM nº 106 - De 11 de fevereiro de 2000

Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições, considerando: a necessidade da reestruturação do modelo de atenção ao portador de transtornos mentais, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS; a necessidade de garantir uma assistência integral em saúde mental e eficaz para a reabilitação psicossocial; a necessidade da humanização do atendimento psiquiátrico no âmbito do SUS, visando à reintegração social do usuário; a necessidade da implementação de políticas de melhoria de qualidade da assistência à saúde mental, objetivando à redução das internações em hospitais psiquiátricos, resolve:

Art. 1.º Criar os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, no âmbito do Sistema Único de Saúde, para o atendimento ao portador de transtornos mentais.

Parágrafo único. Entende-se como Serviços Residenciais Terapêuticos, 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 e, que viabilizem sua inserção social.

Art. 2.º Definir que os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental constituem uma modalidade assistencial substitutiva da internação psiquiátrica prolongada, de maneira que, a cada transferência de paciente do Hospital Especializado para o Serviço de Residência Terapêutica, devesse reduzir ou descredenciar do SUS, igual n.º de leitos naquele hospital, realocando o recurso da AIH correspondente para os tetos orçamentários do estado ou município que se responsabilizará pela assistência ao paciente e pela rede substitutiva de cuidados em saúde mental.

Art. 3.º Definir que aos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental cabe :

- a. garantir assistência aos portadores de transtornos mentais com grave dependência institucional que não tenham possibilidade de desfrutar de inteira autonomia social e não possuam vínculos familiares e de moradia;
- b. atuar como unidade de suporte destinada, prioritariamente, aos portadores de transtornos mentais submetidos a tratamento psiquiátrico em regime hospitalar prolongado;
- c. promover a reinserção desta clientela à vida comunitária.

Art. 4º Estabelecer que os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental deverão ter um Projeto Terapêutico baseado nos seguintes princípios e diretrizes:

- a. ser centrado nas necessidades dos usuários, visando à construção progressiva da sua autonomia nas atividades da vida cotidiana e à ampliação da inserção social;

- b. ter como objetivo central contemplar os princípios da reabilitação psicossocial, oferecendo ao usuário um amplo projeto de reintegração social, por meio de programas de alfabetização, de reinserção no trabalho, de mobilização de recursos comunitários, de autonomia para as atividades domésticas e pessoais e de estímulo à formação de associações de usuários, familiares e voluntários.
- c. respeitar os direitos do usuário como cidadão e como sujeito em condição de desenvolver uma vida com qualidade e integrada ao ambiente comunitário.

Art. 5º Estabelecer como normas e critérios para inclusão dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental no SUS.

- a. serem exclusivamente de natureza pública;
- b. a critério do gestor local, poderão ser de natureza não governamental, sem fins lucrativos, devendo para isso ter Projetos Terapêuticos específicos, aprovados pela Coordenação Nacional de Saúde Mental;
- c. estarem integrados à rede de serviços do SUS, municipal, estadual ou por meio de consórcios intermunicipais, cabendo ao gestor local a responsabilidade de oferecer uma assistência integral a estes usuários, planejando as ações de saúde de forma articulada nos diversos níveis de complexidade da rede assistencial;
- d. estarem sob gestão preferencial do nível local e vinculados, tecnicamente, ao serviço ambulatorial especializado em saúde mental mais próximo;
- e. a critério do Gestor municipal/estadual de saúde, os Serviços Residenciais Terapêuticos poderão funcionar em parcerias com organizações não-governamentais (ONGs) de saúde, ou de trabalhos sociais ou de pessoas físicas nos moldes das famílias de acolhimento, sempre supervisionadas por um serviço ambulatorial especializado em saúde mental.

Art. 6º Definir que são características físico-funcionais dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental:

- 6.1 apresentar estrutura física situada fora dos limites de unidades hospitalares gerais ou especializadas, seguindo critérios estabelecidos pelos gestores municipais e estaduais;
- 6.2 existência de espaço físico que contemple de maneira mínima:
 - 6.2.1 dimensões específicas compatíveis para abrigar um número de no máximo 08 (oito) usuários, acomodados na proporção de até 03 (três) por dormitório.
 - 6.2.2 sala de estar com mobiliário adequado para o conforto e a boa comodidade dos usuários;
 - 6.2.3 dormitórios devidamente equipados com cama e armário;
 - 6.2.4 copa e cozinha para a execução das atividades domésticas com os equipamentos necessários (geladeira, fogão, filtros, armários etc.);
 - 6.2.5 garantia de, no mínimo, três refeições diárias, café da manhã, almoço e jantar.

Art. 7º Definir que os serviços ambulatoriais especializados em saúde mental, aos quais os Serviços Residenciais Terapêuticos estejam vinculados, possuam equipe técnica, que atuará na assistência e supervisão das atividades, constituída, no mínimo, pelos seguintes profissionais:

- a. 01 (um) profissional médico;
- b. 02 (dois) profissionais de nível médio com experiência e/ou capacitação específica em reabilitação profissional.

Art.8.º Determinar que cabe ao gestor municipal /estadual do SUS identificar os usuários em condições de serem beneficiados por esta nova modalidade terapêutica, bem como instituir as medidas necessárias ao processo de transferência dos mesmos dos hospitais psiquiátricos para os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental.

Art. 9.º Priorizar, para a implantação dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, os municípios onde já existam outros serviços ambulatoriais de saúde mental de natureza substitutiva aos hospitais psiquiátricos, funcionando em consonância com os princípios da II Conferência Nacional de Saúde Mental e contemplados dentro de um plano de saúde mental, devidamente discutido e aprovado nas instâncias de gestão pública.

Art.10 Estabelecer que para a inclusão dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental no Cadastro do SUS, deverão ser cumpridas as normas gerais que vigoram para cadastramento no Sistema Único de Saúde e a apresentação de documentação comprobatória aprovada pelas Comissões Intergestores Bipartite.

Art.11 Determinar o encaminhamento por parte das secretarias estaduais e municipais, ao Ministério da Saúde/Secretaria de Políticas de Saúde - Área Técnica da Saúde Mental, a relação dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental cadastrados no estado, bem como a referência do serviço ambulatorial e a equipe técnica aos quais estejam vinculados, acompanhado das Fichas de Cadastro Ambulatorial (FCA) e a atualização da Ficha de Cadastro Hospitalar (FCH), com a redução do número de leitos psiquiátricos, conforme Artigo 2.º desta portaria.

Art.12 Definir que as secretarias estaduais e secretarias municipais de saúde, com apoio técnico do Ministério da Saúde, deverão estabelecer rotinas de acompanhamento, supervisão, controle e avaliação para a garantia do funcionamento com qualidade dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental.

Art.13 Determinar que a Secretaria de Assistência à Saúde e a Secretaria Executiva, no prazo de 30 (trinta) dias, mediante ato conjunto, regulamentem os procedimentos assistenciais dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental.

Art. 14 Definir que cabe aos gestores de saúde do SUS emitir normas complementares que visem a estimular as políticas de intercâmbio e cooperação com outras áreas de governo, Ministério Público, Organizações Não-Governamentais, no sentido de ampliar a oferta de ações e de serviços voltados para a assistência aos portadores de transtornos mentais, tais como: desinterdição jurídica e social, bolsa-salário ou outra forma de benefício pecuniário, inserção no mercado de trabalho.

Art. 15 Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

José Serra

Álbum de Fotografias



(Toninho - Festa Junina/ Centro de Convivência)



(Menino - Festa Junina/ Centro de Convivência)



(Baiana e Benedita /Residência 2)



(Baiana, Maria Gomes e Tianinha/ Residência 2)



(Conceição e Sebastiana/Residência 2)



(Curso de capacitação para *cuidadores*)



(Atividade musical promovida nas aulas de alfabetização)



(Vitória - Centro de Convivência)



(Maria Gomes preparando o almoço/ Residência 2)



(Gaspar e João/ Centro de Convivência)



(Almoço/Residência 2)



(Festa de aniversário/ residência 11)



(Expedita / residência 11)



(Cuidadora / moradora/ técnica)



(Festa de aniversário/ residência 7)



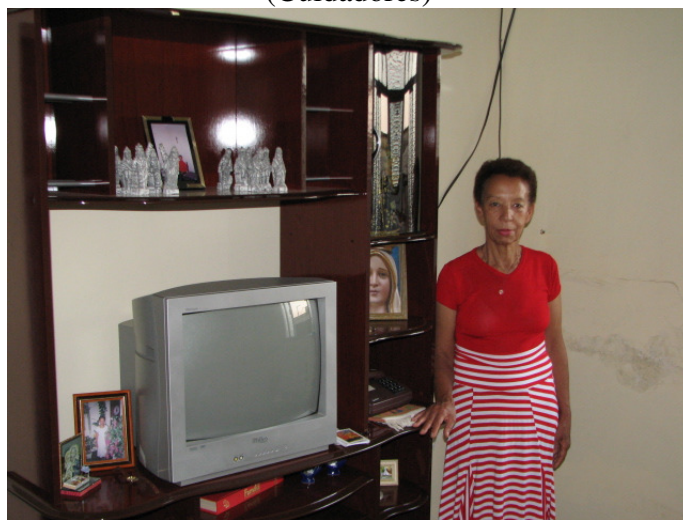
(Vitória e Abel/ Festa Junina)



(Festa de Aniversário/ RT 7)



(Cuidadores)



(Sebastiana/ RT 16)



(Grimalda e Sebastiana/ RT 1)



(Iô-iô/ Aula de alfabetização)



(Quarto da Coleta/ RT 9)



(Coleta/ RT 9)



(Aniversário/ RT)9



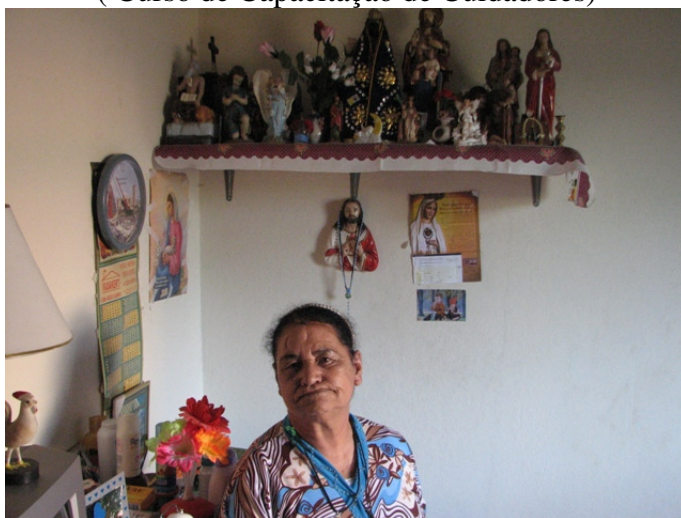
(Aniversário/ RT 9)



(Aniversário/ RT 9)



(Curso de Capacitação de Cuidadores)



(Marlene/ RT3)



(Marlene/ RT 3)



(Sônia/ RT)



(Sônia / RT3)



(Conceição/ Alfabetização)



(Conceição e Raimunda)



(Raimunda, Conceição, Sebastiana e Maria Gomes)



(Maria Gomes)



(Conceição e Raimuinda/ compras em Aparecida)



(Conceição/ Hotel)



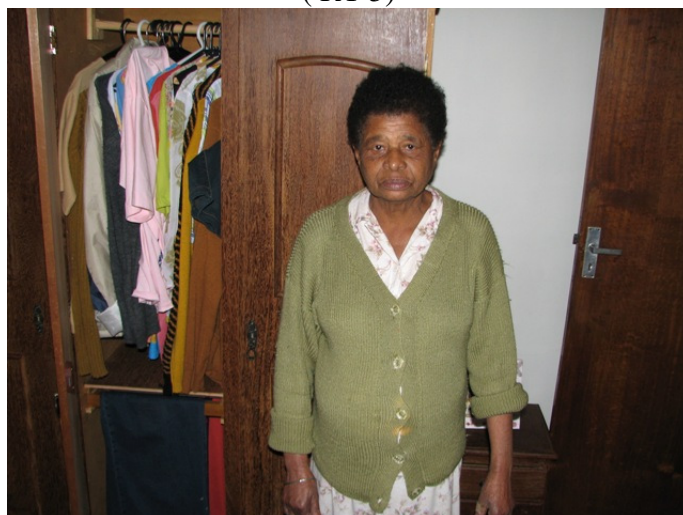
(Conceição e Maria Gomes/ Canção Nova)



(Vitória/ RT 2)



(RT 5)



(RT 5)



(Helóisa/ RT5)



(RT 1)



(Grimalda/RT 1)



(Grimalda e Cláudia / RT 1)



(Raimunda/RT 2)



(Aniversário/ RT2)



(Maria Gomes/ RT 2)

CENTRAL do Brasil. Direção Walter Salles. Produção: . Interpretes: .Roteiro:
.Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Rio filme, 1998.