

**UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
INSTITUTO DE ARTE E COMUNICAÇÃO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CULTURA E TERRITORIALIDADES**

**MEDIAÇÃO ENTRE LOUCURA E CIDADE:
OLHARES SOBRE UMA EXPERIÊNCIA NO CENTRO DE CONVIVÊNCIA E
CULTURA DE NITERÓI**

FRANCISCO VERANI PROTASIO

**NITERÓI
Março/2018**

FRANCISCO VERANI PROTASIO

**MEDIAÇÃO ENTRE LOUCURA E CIDADE:
OLHARES SOBRE UMA EXPERIÊNCIA NO CENTRO DE CONVIVÊNCIA E
CULTURA DE NITERÓI**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Cultura e Territorialidades da Universidade Federal Fluminense como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.

ORIENTADOR: Prof. Dr. Marildo José Nercolini

**NITERÓI
Março/2018**

FRANCISCO VERANI PROTASIO

**MEDIAÇÃO ENTRE LOUCURA E CIDADE:
OLHARES SOBRE UMA EXPERIÊNCIA NO CENTRO DE CONVIVÊNCIA E
CULTURA DE NITERÓI**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Cultura e Territorialidades da Universidade Federal Fluminense como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.

NITERÓI, 28 DE MARÇO DE 2018.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Marildo José Nercolini (Orientador)

Profa. Dra. Flora Daemon (UFRRJ)

Profa. Dra. Beatriz Adura (USU)

Prof. Dra. Maria Paula Cerqueira Gomes (UFRJ) - Suplente

A todos os usuários do Centro de Convivência
e Cultura de Niterói

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Lena, Clay e João, mãe, pai e irmão, pelo constante apoio e carinho.

A Luzia, avó que é inspiração para cada passo dado.

A Ana Raquel, companheira de vida e aventuras, pela parceria, amor e cuidado.

A Allan Mattos, Camila Donnola e Manoel Ferreira, que me mostraram, dentre outras várias coisas nessa trajetória, que um grupo de vinho, poesia e afeto pode ser mais produtivo que um grupo de estudos.

A Marildo Nercolini, querido orientador que topou esse desafio, pela atenção, interesse, paciência e escuta em todo o processo de pesquisa.

A Franklin Torres, pela parceria no trabalho, pela entrevista, pela disponibilidade e interesse demonstrados.

A Flora Daemon e Beatriz Adura, mulheres que muito admiro, por aceitarem fazer parte da banca de defesa.

A Paula Cerqueira, pelas ricas contribuições na Qualificação.

A Pedro Gabriel Delgado, pela entrevista concedida.

A Isadora Mello, amiga poliglota que me ajuda no inglês e nas outras coisas difíceis da vida desde muito tempo atrás.

A toda equipe do Centro de Convivência e Cultura de Niterói, a todos que passaram por lá ou que puderam debater a Luta Antimanicomial nos serviços, nas ruas, nos bares: Josiane Dantas, Petrônio Ornellas, Letícia do Rosário, Debora Felix, Laila Sartori, Thaís Motta, Laura Moraes, Christina Accioly, dentre outras tantas pessoas.

A turma PPCULT 2016, pelos incríveis encontros e conversas, na sala, na cantareira ou em Salvador.

Aos amigos de vida que eu sempre faço questão de agradecer: Clarissa, Márcio, Peá, Big Ralph, Matheus, Beto, Jeremias, Gabriel, Victor, Fred, Jota, Menezes.

RESUMO

Esta pesquisa surge a partir de minha experiência de trabalho no Centro de Convivência e Cultura de Niterói, serviço da Rede de Saúde Mental do município, que se coloca enquanto mediador na relação entre as pessoas que fazem tratamento psiquiátrico e a cidade. Assim, embasado pelas histórias que envolveram a relação locura/sociedade nos últimos séculos e as propostas atuais dos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico e, principalmente, da luta antimanicomial, levanto questões e procuro aprofundá-las a partir das situações vividas no cotidiano, investigando as várias mediações presentes em espaços da cidade, que envolvem disputas por hegemonia e relações sociais e culturais mais amplas.

Palavras-chave: saúde mental, cultura, mediação, território, Centro de Convivência.

ABSTRACT

This research arises from a work experience at the *Centro de Convivência e Cultura de Niterói* (Niterói's Social Living Center), a service provided by the city's Mental Health Network, that stands as a mediator in the relationships between people who are under psychiatric treatment and the city. Thus, based on the stories surrounding the relation madness/society in the past few centuries and the current proposals of services replacing the Psychiatric hospital and, especially, of the anti-asylum movement, I raise questions and try to deepen them as from situations lived in the everyday life, investigating the many mediations present in city spaces involving the dispute over hegemony and wider social and cultural relations.

Keywords: mental health, culture, mediation, territory, *Centro de Convivência*

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	8
1. HISTÓRIAS DA LOUCURA E SUA RELAÇÃO COM AS SOCIEDADES.....	14
1.1 Construções de hegemonia, a cultura dominante e o senso comum.....	15
1.2 Os saberes construídos sobre a loucura.....	19
1.3 A Reforma Psiquiátrica brasileira e os serviços substitutivos ao Hospital Psiquiátrico.....	31
2. OS CENTROS DE CONVIVÊNCIA E CULTURA, A REDE DE SAÚDE MENTAL DE NITERÓI E O CENTRO DE CONVIVÊNCIA DE NITERÓI.....	41
2.1 O surgimento dos CeCos e a portaria 396 de 2005.....	42
2.2 As diferentes propostas de CeCos pelo Brasil.....	45
2.3 A Rede de Saúde Mental de Niterói.....	48
2.4 O CeCo de Niterói: construção de histórias e propostas.....	57
3. AS MEDIAÇÕES NA/DA RUA: DESTRINCHANDO O TRABALHO DE CAMPO.....	71
3.1 Adequações e inadequações.....	73
3.2 Tutela e autonomia.....	84
3.3 “Acessando a cultura a galera pede bis”? Questões culturais e a posição do mediador.....	92
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	100
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	106
6. ANEXO I: ENTREVISTA COM FRANKLIN TORRES.....	111
7. ANEXO II: ENTREVISTA COM PEDRO GABRIEL DELGADO.....	127
8. ANEXO III: TRABALHO DE ENCERRAMENTO DAS RESIDENTES 2018.....	134

INTRODUÇÃO

Em janeiro de 2014 ingressei em um trabalho na rede de saúde mental de Niterói. Interessado superficialmente pelo tema da loucura, do qual possuía escassas informações, tive conhecimento de uma vaga de oficineiro em um lugar chamado Centro de Convivência, componente de uma rede de serviços da prefeitura, e resolvi experimentar. Havia acabado de terminar a graduação em Estudos de Mídia, curso da Universidade Federal Fluminense, e estava pensando no que ia fazer sem estar muito interessado no trabalho prático com a área, embora perpassado pelas questões estudadas no curso. Para estar ali dentro da rede de saúde mental, precisei entrar em contato com os diferentes paradigmas presentes no trabalho com a loucura. Na entrevista de seleção, explicaram-me o trabalho com base em uma tal Reforma Psiquiátrica, que eu honestamente pouco conhecia. Além disso, ser oficineiro em um local chamado Centro de Convivência (CeCo¹) não me dizia muito e, admito, cheguei lá achando que o serviço era uma parte do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba (ou “HPJ”, esse sim conhecido como referência por todos da cidade, mesmo os que não têm nenhuma ligação com o assunto).

Na época, a sede do CeCo ficava muito próxima ao hospital – embora separada – e isso também ajudou nessas primeiras impressões. Aos poucos, comecei a entender que a proposta do lugar que trabalhava era muito distinta à do HPJ. Buscavam articular e inserir as pessoas que fazem tratamento psiquiátrico, os usuários² da Rede de Saúde Mental³, em espaços não propriamente considerados terapêuticos, ou seja, levá-los a ocupar lugares não relacionados diretamente aos transtornos mentais, mas auxiliá-los a habitar os espaços públicos, a cidade.

De início, meu contrato era para coordenar uma atividade chamada “Tarde Musical”, que acontece semanalmente em um quiosque na praia de Charitas. O nome

¹ Em espaços informais, em Niterói sempre se usou a sigla CC para falar sobre o Centro de Convivência. Entretanto, pesquisando produções sobre o tema pude notar que a grande maioria dos poucos trabalhos produzidos sobre o assunto remetem ao Centro de Convivência como CeCo e, por isso, decidi usar essa forma na pesquisa.

² Na rede de Niterói existe uma preferência pelo termo “usuário”, que designa a pessoa que usa os serviços públicos da saúde e mais especificamente da saúde mental, ao invés de paciente, por exemplo, que remeteria a uma passividade do sujeito. Por isso, durante a dissertação usarei o termo usuário para me referir às pessoas que fazem tratamento e que participam das atividades do CeCo.

³ No capítulo 1 trabalharei mais detalhadamente a Rede de Saúde Mental. Em Niterói, os serviços de tratamento dos usuários do CeCo são os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e os Ambulatórios de Saúde Mental.

“atividade” era o termo usado para tudo o que fazíamos, em uma negação proposital de “oficina”. Toda semana há uma reunião de equipe do CeCo, que é o espaço não só para falar de situações práticas do trabalho, mas também desenhar as propostas baseadas em um horizonte pretendido. Esse foi um dos espaços onde comecei a entender que a proposta do Centro de Convivência não é fazer “oficinas”, justamente por ser um termo que remete a um curso, uma aula, uma transmissão de conhecimento específico, ou a atividades terapêuticas que ocorrem dentro dos serviços de tratamento. Por isso, inclusive, minha vaga não foi ocupada por um professor de música ou um musicoterapeuta: a ideia é muito mais a apropriação do espaço da rua, do quiosque, através de práticas musicais, do que algum ensinamento técnico ou mesmo uma forma de terapia convencional.

Centros de Convivência e Cultura estão espalhados pelo país, baseados em uma portaria nacional. O nome do único que o município de Niterói possui, para completar a contradição, é Centro de Convivência e Cultura Oficinas Integradas. Esse nome não surge a esmo e nem do nada. Como vamos ver, existe um processo histórico na construção do serviço que envolveu, inclusive, inicialmente propostas de trabalho dentro do hospital psiquiátrico. Mas esse nome não deixa de ser uma contradição e até um dificultador para quem está chegando – tanto para trabalhar nele quanto para participar de suas atividades, ou seja, usá-lo – entender do que se trata, já que a proposta está muito mais próxima da descentralização e de uma ausência de oficinas. Em 2016, cria-se uma parceria com a escola de publicidade da FAETEC, e se começa a pensar em uma mudança de nome para o serviço. Essa mudança não fica consolidada, mas a partir dessa parceria é decidido chamar o serviço, mesmo que temporariamente, apenas de Centro de Convivência e Cultura de Niterói, já que é o único do município.

Outras questões foram aparecendo no decorrer do trabalho. Para além de coordenar a Tarde Musical, logo minha carga horária aumentou e passei a acompanhar outras atividades. Em passeios, no desfile do bloco de carnaval, na semana da luta antimanicomial, nas exposições de artes plásticas e em outros projetos, começaram a surgir situações que fugiam ao especialista na patologia daquele sujeito, mas que eram produzidas pela relação dele com a própria cidade. Os técnicos do Centro de Convivência se propunham a fazer um trabalho de mediação nessa complexa dinâmica. No pré-projeto que preparei para a seleção de mestrado, illustrei essa observação com situações que merecem entrar nesta introdução, não para explicar uma totalidade das questões, que foram ampliando-se de acordo com outras experiências, mas para mostrar os disparadores dessa minha investigação.

A primeira, é uma circunstância recorrente: quando alguns pacientes que estão internados vão a atividades externas com uniformes de uma enfermaria do hospital psiquiátrico. Entendendo que a identidade é marcada por meio de símbolos (Woodward, 2014), existe uma associação entre as pessoas e, nesse caso, as roupas que elas usam. Essas roupas rotulam e associam as pessoas diretamente aos transtornos mentais, quando elas estão ali como sujeitos, que participam e interferem em atividades culturais de acordo com suas vontades, e não somente com seus diagnósticos.

A segunda questão surgiu a partir de situação vivenciada em uma das primeiras visitas a museus que fiz com o grupo, mais precisamente o Museu Janete Costa de Arte Popular. Ao questionarmos se poderíamos ter um guia, tivemos a resposta que só faziam “visitas mediadas”, explicando que nessas quem decide para onde vai e o que quer ver é o visitante, não o “guia”. O modo como os funcionários do local conduziram a visita me fez perceber que o trabalho dos técnicos do Centro de Convivência ali foi apenas auxiliar na chegada ao museu. Durante a visita, não era um especialista em saúde mental que lidava com essas pessoas, mas sim um outro mediador.

A partir dessas percepções, que traziam questões sobre mediações, territórios e identidade, já anteriormente trabalhadas em minha graduação, comecei a construir a ideia do projeto de pesquisa. Busquei um programa que não fosse de especialistas em saúde mental, mas sim um em que pudesse dialogar com outras pesquisas que pensam as dinâmicas da rua, as culturas, estigmas e questões sociais. Em 2015 me inscrevi e fui selecionado no mestrado em Cultura e Territorialidades, da UFF, iniciado em 2016.

Sigo trabalhando no Centro de Convivência, o que me trouxe a reflexão sobre o fato de ocupar o lugar de pesquisador e, ao mesmo tempo, de participante dessa dinâmica. O lugar que me encontro ao pensar nessas questões é recheado de tensões: ao admitir que tenho uma posição política/ética e convicções perante o trabalho, foi necessária uma atenção para fazer a pesquisa escutando o que o campo tem a dizer, estar atento não para necessariamente deixar de ter essas convicções, mas para que elas não me tornassem surdo quando as ações destoassem da expectativa.

Obviamente, não me dividi em dois. A princípio, procurei fazer uma observação participante, com um caderno de campo no qual escrevi minhas impressões depois de cada atividade, procurando uma descrição que visa primeiro apreender para depois apresentar e interpretar (GEERTZ, 1989). Usei também conversas, ou entrevistas abertas,

com os atores sociais que produzem esse campo⁴. Na conversa com Franklin Torres, coordenador do serviço, percebi que minha preocupação em não deixar minhas convicções do ponto de vista da militância do trabalhador atrapalharem minha análise como pesquisador, tinha também um caminho oposto: muito do que comecei a pensar na pesquisa levei para a discussão e para a prática no trabalho, o que gerou interferências diretas em alguns pontos de propostas e práticas do Centro de Convivência. Acredito que isso seja ponto positivo da pesquisa e que, por si só, já a justifique. Percebi, então, que o que estava fazendo não era apenas uma observação participante, mas uma intervenção no campo.

Se o método é o da intervenção, orientando um trabalho de pesquisa que diremos pesquisa-intervenção (já que é insuficiente para nós a noção lewiniana de pesquisa-ação), a direção de que se trata nesse método é aquela que busca aceder aos processos, ao que se passa entre os estados ou formas instituídas, ao que está cheio de energia potencial. (PASSOS, KASTRUP e ESCÓSSIA, 2009, p. 20).

Paralelamente ao campo e às entrevistas, busquei fazer uma revisão bibliográfica interdisciplinar, colocando em diálogo pensadores que refletem mais especificamente sobre questões de saúde mental com outros que talvez nunca tenham pensado nisso, mas são importantes para não reduzirmos a problematização, que envolve diversas esferas de pensamento, como pensar as culturas, disputas por hegemonia, formas de mediação, identidade e território, ao campo médico/psiquiátrico/psicoterapêutico.

Organizei essa pesquisa de forma a contextualizar a problemática da atenção psicossocial para quem até agora se considera leigo no assunto, ao mesmo tempo procurando cuidar para que não fosse uma pesquisa meramente descritiva, focando e aprofundando nas questões que o trabalho de campo foi me trazendo e, necessariamente, prescindindo de outras talvez igualmente importantes, mas que no tempo/espço disponível para essa pesquisa não daria conta. Assim, a partir das vivências que tive, vi como necessária uma organização de capítulos que contextualizasse meu campo de pesquisa, assim como fazer um relato de experiência pautado nas pistas que o campo me deu.

⁴ As entrevistas transcritas estão anexas ao trabalho, da maneira informal como foram feitas, como parte relevante do que pretendo mostrar. Não vou usar na análise tudo o que foi falado, mas sua transcrição integral serve como material documental e dá conta de parte da história do Centro de Convivência e Cultura de Niterói.

No primeiro capítulo, então, procuro trazer histórias da loucura ao longo dos últimos séculos e a partir disso entender como foram construídos os saberes e estigmas que funcionam de forma mais hegemônica atualmente. Para além de investigar como a relação entre loucura e sociedade se deu ao longo dos tempos, trago discussões contemporâneas que têm ligação direta com esse processo. Para fazer a análise, organizei o capítulo a partir de uma discussão sobre hegemonia, cultura dominante e senso comum, para depois entrar em fragmentos da história da loucura desde a Idade Média, passando pela Modernidade, chegando à Reforma Psiquiátrica e aos tempos atuais.

No segundo capítulo, o foco é nos Centros de Convivência, desde seu surgimento enquanto dispositivo da rede de saúde mental, até os vários modelos que existiram e convergem atualmente. Há vários Centros de Convivência pelo país e muitos deles têm propostas de trabalho que se diferenciam em determinados aspectos e se aproximam em outros. Feito um mapeamento de trabalhos/pesquisas escritos sobre o assunto, é importante ressaltar que é notória a baixa produção. Ainda assim, foi possível traçar um paralelo com artigos e teses para perceber com mais clareza as especificidades da forma de trabalhar do Centro de Convivência de Niterói. Para ajudar nessa análise, realizei entrevistas com o então coordenador do serviço, Franklin Torres⁵, e com Pedro Gabriel Delgado, que foi coordenador nacional de saúde mental entre 2001 e 2010, quando tanto a lei da Reforma Psiquiátrica quanto a portaria do Centro de Convivência foram criados – sendo essa última revogada também à época.

O terceiro capítulo está focado na pesquisa de campo e baseado em toda fundamentação teórica e contextualização feitas nos capítulos anteriores. É um relato de experiência, onde procuro aprofundar questões que por vezes podem ficar superficiais no cotidiano do trabalho. A partir das situações vividas, as reflexões sobre a relação dos ditos loucos com a cidade - mediada por um serviço de saúde mental que tem determinadas intenções e mergulhada em múltiplas fronteiras por vezes fixadas e naturalizadas, embora sejam móveis e artificiais – só serão possíveis a partir do entendimento da complexidade e dos vários atores envolvidos nessa dinâmica. Dividi o capítulo em três eixos - que não são dissociados, e sim convergentes - a partir do que o campo foi me mostrando: adequação e inadequação; tutela e autonomia; questões culturais e a posição do mediador.

Tendo em vista o processo de mediação do Centro de Convivência e Cultura de Niterói, que visa a ampliação de laços sociais no contato com a cidade, de que maneira o

⁵ Torres foi coordenador-técnico do Centro de Convivência de Niterói no período entre 2012 e 2015, e coordenador geral de 2015 a 2017.

jogo de disputas acontece? Tinha como incômodo o termo “adequar”, usado como condição para os usuários estarem nos espaços da cidade. Assim, minha hipótese é que esse jogo é mais complexo e que envolve outros elementos para além do reducionismo da adequação; envolve também a negociação e a resistência a partir das subjetividades, identidades e recursos de cada um. Para iniciar essa reflexão, começo pela história da loucura e sua relação com a sociedade, para então chegar nos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico e no Centro de Convivência de Niterói.

1. HISTÓRIAS DA LOUCURA E SUA RELAÇÃO COM AS SOCIEDADES

Eu sou dado ao maravilhoso, ao fantástico, ao hipersensível; nunca, por mais que quisesse, pude ter uma concepção mecânica, rígida do Universo e de nós mesmos. No último, no fim do homem e do mundo, há mistério e eu creio nele. Todas as prosápias sabichonas, todas as sentenças formais dos materialistas, e mesmo dos que não são, sobre as certezas da ciência, me fazem sorrir e, creio que este meu sorriso não é falso, nem precipitado, ele me vem de longas meditações e de alanceantes dúvidas. (BARRETO, Lima, *apud* OLIVEIRA, 2009, p. 226).

Antes de mais nada, é necessário entendermos que a história da loucura não está destacada da história do mundo, das sociedades e suas transformações. É daqui que quero partir. Se identifico como tematicamente importante produzir um capítulo de minha dissertação sobre alguns percursos da loucura e as diversas lidas que aparecem de acordo com cada tempo, é para entender justamente como esses percursos são conectados aos contextos sociais e de que maneiras a relação da loucura com as cidades foi sendo construída. Neste primeiro capítulo refletirei sobre essa relação.

No prefácio da sétima edição de “A história da loucura”, Foucault faz um pedido:

Não procuremos nem justificar esse velho livro, nem reinscrevê-lo hoje; a série dos eventos à qual ele pertence, e que é sua verdadeira lei, está longe de estar concluída. Quanto à novidade, não finjamos descobri-la nele, como uma reserva secreta, uma riqueza inicialmente despercebida: ela se fez apenas com as coisas sobre ele ditas, e dos eventos dos quais se viu prisioneiro. (FOUCAULT, [1961]2004), p. 2).

Se não tenho obrigação de acatar o pedido do autor de um livro que necessariamente contribui de forma relevante para a reflexão que trago, tenho, sim, vontade de pensar a partir desse pedido. De fato, a série de eventos à qual esse texto pertence está longe de ser concluída e minha pesquisa é justificada por tal afirmação. Da mesma forma, preciso já falar desde esse início: as análises aqui feitas não têm caráter conclusivo, como uma descoberta ou criação de lei que explica todas as coisas. Ou seja, não pretendo concluir uma série de eventos, mas dar minha contribuição para a discussão sobre a loucura e como ela vem sendo tratada especialmente hoje. Se a novidade se faz com o que interpretamos e dizemos, trago para cá uma tentativa de diálogo – e aí não só com “A história da loucura”, mas com outras obras também importantes – a partir do campo específico que proponho pensar. Neste capítulo, minha proposta é fazer uma revisão bibliográfica da história da loucura desde a Idade Média, obviamente não tentando documentá-la de modo completo, mas procurando entender como o saber sobre a loucura

foi sendo construído e pensar também sobre as relações das cidades com os considerados loucos, processos que incluem transformações, mas também permanências; exclusão, mas também estratégias de inclusão. Creio que tal análise vai auxiliar a melhor entender as estratégias que envolvem o surgimento dos serviços substitutivos, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), as Residências Terapêuticas (RTs) e os Centros de Convivência (CeCos), foco principal dessa dissertação.

1.1 Construções de hegemonia, a cultura dominante e o senso comum

Entender a complexidade das atuais relações sociais na cidade e como os considerados loucos participam delas é, ao mesmo tempo, pensar como certas representações foram construídas e como se tornaram hegemônicas em paralelo a outras tantas. Essas representações são produzidas e reproduzidas de diversas formas e umas se consolidam mais que outras. O discurso médico, a mídia, as diversas formas de arte, cada meio vai produzir, com suas linguagens, essas representações, entendendo representação como um termo complexo que serve tanto como termo operacional para dar visibilidade e legitimidade a determinado grupo quanto, por outro lado, como função normativa de linguagem que distorce certa categoria (BUTLER, 2003). Quando o louco é representado em filmes ou músicas, por exemplo, é, de certa forma, criada uma identidade mais ou menos unidimensional que define e reduz ali o que é uma pessoa louca. Ao mesmo tempo, e sem anular isso, pode existir essa representação enquanto resistência, trazendo o assunto à tona justamente para legitimar uma nova forma de lidar com esse público. Nenhuma construção de representação está livre desse tipo de contradição. E essas produções também são recebidas de diferentes formas e estão incluídas na arena de disputa relacionada às culturas.

É possível incluir nesse debate o que Stuart Hall traz enquanto noção de cultura popular. Para Hall (2003), o próprio termo cultura popular é relativo, dependendo do seu uso e interesses sobre ele. Para o senso comum, por exemplo, popular seria aquilo relacionado ao massivo, vinculado aos meios de comunicação hegemônicos. Para os críticos do massivo, que partem da ideia de manipulação dos espectadores por esses meios, o “verdadeiro” popular seria ligado ao folclore, às pretensas raízes que gerariam autenticidade a uma cultura mais pura e de resistência aos meios de comunicação massivos. Hall propõe fugir desse binarismo entre a autonomia pura e o total encapsulamento. Há uma cultura dominante que envolve também a subordinação, mas não há uma invasão como se fôssemos uma tela em branco.

Há pontos de resistência e também momentos de superação. Esta é a dialética da luta cultural. Na atualidade, essa luta é contínua e ocorre nas linhas complexas da resistência e da aceitação, da recusa e da capitulação, que transformam o campo da cultura numa espécie de campo de batalha permanente, onde não se obtêm vitórias definitivas, mas onde há sempre posições estratégicas a serem conquistadas ou perdidas. (HALL, 2003, p. 255)

Assim, os receptores podem reforçar certos discursos, resistir a eles ou enquadrá-los e reapropriá-los de acordo com interesses e lugares de fala. E essa luta cultural, ou luta ideológica, acontece principalmente no terreno do senso comum, que é um campo composto por formações ideológicas contraditórias. Segundo Gramsci, o senso comum:

Contém elementos e princípios da Idade da Pedra de uma ciência mais avançada, preconceitos de todas as fases passadas da história no nível local e intuições de uma filosofia futura que serão aquelas de uma raça humana unida em todo o mundo. (GRAMSCI, *apud* HALL, 2003, p. 290).

Para pensar essas representações e como alguma delas em determinado contexto se consolida enquanto predominante, parece necessária a colaboração de autores que já pensaram as construções hegemônicas. A noção de hegemonia é fundamental para não reduzirmos a dominação de determinados grupos ao resultado de uma manipulação simples e direta.

Complexificando o conceito de hegemonia, Williams (2005) a relaciona como algo no qual a consciência de determinada sociedade está profundamente imersa, ao mesmo tempo em que é algo que está em constante processo de recriação:

A hegemonia não deve ser entendida no nível da mera opinião ou manipulação. Ela é um corpo completo de práticas e expectativas; implica nossas demandas de energia, nosso entendimento comum da natureza do homem e de seu mundo. É um conjunto de significados e valores que, vividos como práticas, parecem se confirmar uns aos outros, constituindo assim o que a maioria das pessoas na sociedade considera ser o sentido da realidade, uma realidade absoluta porque vivida, e é muito difícil, para a maioria das pessoas, ir além dessa realidade em muitos setores de suas vidas. (WILLIAMS, 2005, p. 217)

Apesar desta dificuldade, Williams valoriza um modelo de pensar a hegemonia que permita a variação e a contradição, em contraposição a um modelo estático. As formas de incorporação aparecem como ponto central para o autor e estão relacionadas às maneiras como determinados hábitos e valores são transmitidos em detrimento de outros. Existe uma tradição seletiva, o que nos leva a lembrar da invenção das tradições analisada por Hobsbawm (1984), que traz a repetição como principal estratégia para se estabelecer uma sensação de continuidade com determinado passado. Mas quais as

possibilidades para além da incorporação a esse modelo? Negociar? Resistir? Neste ponto, Williams contribui para o debate novamente quando pensa a construção da hegemonia como processo que envolve o embate/negociação, no seio da cultura, entre os elementos dominante, residual e emergente. O dominante é aquele que está associado diretamente à construção hegemônica, enquanto o residual é ligado ao passado, às tradições, a isso que Williams chama de resíduo. Já o emergente seriam as novas formas, novas práticas culturais que são criadas. O emergente e o residual podem ser incorporados ou não pelo dominante, dependendo do grau de risco que esses representam para a manutenção do dominante. Assim, algumas práticas passadas ou emergentes são incorporadas e ressignificadas, enquanto outras são silenciadas, pois podem representar riscos à manutenção da hegemonia. É nesse jogo entre o incorporado e o não incorporado das culturas residuais e emergentes que a hegemonia é posta em cheque e precisa se reconstruir o tempo inteiro.

A partir dessa dinâmica, Williams diferencia as práticas alternativas das de oposição. As duas são práticas contra-hegemônicas, no sentido em que a princípio não estão incorporadas, mas enquanto uma é relacionada a um modo de vida diferente do hegemônico, mas paralelo, a outra tem um compromisso com a mudança, com a transformação mais radical da sociedade. A relação dessas práticas com a constituída, a hegemônica, pode se dar de diferentes formas: quando ainda paralelas e distantes, podem ser ignoradas, mas quando passam a incomodar a cultura dominante precisam ser silenciadas ou incorporadas e esvaziadas de sentido, retirando-lhes sua potência transformadora. Se sabemos que existe uma sociedade alternativa onde as pessoas andam nuas, parece um fato aceitável e respeitável, até o momento em que começamos a encontrar pessoas nuas na nossa rua, no meio de uma grande cidade do Estado do Rio de Janeiro. Elas estarão inadequadas e, nesse caso, precisarão adequar-se se quiserem conviver em harmonia por aqui. Nessa mesma ideia, a incorporação de um pensamento sobre os loucos que envolve o tratamento em liberdade é feita até o momento em que esse louco comete alguma atitude inadequada na cidade – então o discurso muda e incorpora novamente a necessidade de exclusão/punição.

Esta introdução do capítulo me pareceu essencial para pensarmos as construções feitas entre loucura e cidade na perspectiva dos tempos, de sociedades específicas em disputa por hegemonia. Nessas disputas, os loucos ora foram vistos como criaturas místicas, ora perigosos ou incapazes; e são instituídos espaços específicos para eles por

aqueles que, de alguma maneira, adquiriram legitimidade para falar sobre eles - espaços de controle e cuidado, ou os espaços dos inadequados.

A própria noção da loucura ou da desrazão precisa ser complexificada. Os transtornos mentais são, sim, parte importante e constituinte do sujeito e causa de sofrimento em muitos momentos. Não é necessário negar esse estado para entender que, primeiro, ele não é o único fator constituinte de uma identidade e, segundo, que, dependendo do contexto social, as formas de se viver ou de se lidar com ele foram e são distintas. E é imprescindível lembrar que os transtornos mentais já foram historicamente (e em alguns casos ainda o são) ligados a quem não tinha nenhum tipo de doença, como estratégia de exclusão de minorias. Nesse sentido, o público passível de internação seriam os homossexuais, os miseráveis, os politicamente rebeldes.

No caso desta pesquisa, a maioria das pessoas que usam o Centro de Convivência é considerada psicótica. Não me aprofundarei, aqui, em patologias ou definições psicanalíticas, mas uma das características remetida à psicose parece importante ser destacada: a dificuldade na construção de laços sociais. Segundo Quinet, os laços sociais nada mais são do que discursos e, por isso, entendendo o psicótico como um fora-do-discurso, “por estrutura estão fora dos laços sociais estabelecidos pela sociedade em que vivemos.” (QUINET, 2006, p. 10). Mesmo entendendo que o autor usa discurso como termo que tem sentido através de uma ótica psicanalítica, que não é o caminho que seguirei por aqui, é interessante observar que o traço que caracteriza o sujeito psicótico por essa ótica está no relacional, ultrapassa um problema de corpo individual, biopatológico e objetivo. Assim, os loucos só são chamados de loucos porque se relacionam de alguma forma com o considerado normal, com a regra, com o social.

A valorização da razão como poder legítimo é uma construção histórica e, assim, fruto de embates constantes, originando uma pluralidade de pontos de vista. Um deles funciona como forma hegemônica de pensar, mas convive e entra em embate com outras maneiras de construir a realidade. Portanto, os estigmas criados também variam, de acordo com o lugar de fala de quem está classificando determinado sujeito ou grupo. Nos olhos de técnicos da saúde mental, os usuários, apesar de serem completamente diferentes uns dos outros, têm traços em comum. No entanto, cabe destacar que esse olhar dos técnicos em saúde mental é diferente daquele que, de forma hegemônica, circula socialmente, marcado por certos estigmas. Isso não significa que o olhar do especialista não contenha estigmas, mas sim que esses estigmas construídos muitas vezes diferenciam-se daqueles mais constantes no senso comum.

Para o senso comum, a loucura, ou falta de razão, é marcada pela periculosidade e pela incapacidade; e tem lugar: o manicômio. Quando os técnicos de saúde mental se colocam na posição de mediadores desses sujeitos com a cidade, aparecem insistentemente outros termos de classificação, como o já citado “inadequado”, por exemplo, entendendo inadequação como característica impeditiva para os loucos estarem no convívio social mais amplo. A loucura, além de atribuir às pessoas traços de periculosidade, incapacidade e inadequação, lhes daria outras marcas que são naturalizadas e construídas enquanto identidade. Para alguns técnicos da saúde mental é claro, por exemplo, que os loucos gostam muito de comer, mas não gostam de sair à noite. Já no contato com parceiros de fora da rede de saúde mental que se mostraram disponíveis a trabalhar com esse público, há quem ache a loucura linda; alguns inclusive dizem que, quem é louco, é bem melhor nas artes plásticas.

Cada traço desses é atribuído aos ditos loucos por pessoas consideradas normais – embora nos exemplos acima divididas em três grupos (senso comum, técnicos da saúde mental e parceiros) - e são construções baseadas em distintos aspectos. Suas invenções são pautadas em fatos e lugares de fala, interpretações, repetições, práticas, moral e censura. Chartier (1995) analisa a construção histórica da chamada cultura popular na relação com outra, que é mais elitista ou erudita e que é quem produz a representação socialmente dominante sobre o outro, normalmente como exótico ou inferior. Nesse ponto, entendendo uma delas como cultura dominante, é possível fazer uma associação entre essa relação e a relação entre “normalidade” e “loucura”.

Categorias que aparentemente são opostas ou antagônicas fazem parte de disputas e têm relações de poder que se deslocam, ou seja, não são imutáveis ou necessariamente estáveis. Isso complexifica a questão, indo além da simplificadora oposição binária. Disputas e negociações são travadas e os conceitos se embaralham e se reconstroem. Mesmo assim, para entender a construção de um imaginário sobre certo grupo, é necessário pensar como foi construído um discurso sobre esse coletivo por um outro que, de certo modo, conquistou um poder hegemônico naquele momento. Assim, o louco é aquele que não é normal, a partir da definição de quem se autodefine como normal, obviamente.

1.2 Os saberes construídos sobre a loucura

Com base na História da Loucura, de Michel Foucault, percebemos que a loucura foi tratada de diferentes formas em diferentes fases das sociedades ocidentais. Na Idade

Média, a loucura é vista como um mistério e relacionada ao místico, ao sobrenatural, à espiritualidade, e não à esfera da ciência, por exemplo. No Renascimento esse aspecto místico permanece, mas a loucura já começa a ser vista, de certa forma, enquanto desrazão, e passa a ocupar o imaginário da época. Segundo Passos e Beato (2003, p.144):

A loucura verdadeiramente “assombra a imaginação do homem ocidental”. É fundamentalmente identificada com a desrazão que habita o mundo. Seja esta desrazão interpretada como trágica e cósmica, isto é, como aquela que põe a loucura nos mistérios e confins insondáveis do mundo e do humano; seja a que vê a loucura como crítica – isto é, que põe a loucura no lugar da revelação da mediocridade da realidade das coisas (...). As duas “versões” da desrazão renascentista encontrariam suas formas de expressão, respectivamente, em uma versão trágica e cósmica, nas obras de arte e literárias da época (Bosch, Brueghel, Marchand) e em uma versão crítica, nas reflexões filosóficas (Brant, Erasmo, Montaigne).

Essa oposição à razão determina a exclusão dos loucos, que dentro das cidades ocidentais são jogados nas casas de detenção, na prisão, já como forma de separação da diferença. Uma outra maneira de exclusão que acontece e é tratada por Foucault de maneira literal e simbólica é a chamada Nau dos Loucos: os considerados insanos eram enviados para o mar e passavam a maior parte do tempo por lá, viajando, no caminho, sem pertencer a lugar nenhum, longe das cidades. Essa imagem é representada pela obra do pintor holandês Bosch, composta no final do século XV, por exemplo, com a Nau partindo para mais uma viagem. Segundo Foucault,

É para o outro mundo que parte o louco em sua barca louca; é do outro mundo que ele chega quando desembarca. Esta navegação do louco é simultaneamente a divisão rigorosa e a Passagem absoluta. Num certo sentido, ela não faz mais que desenvolver, ao longo de uma geografia semi-real, semi-imaginária, a situação liminar do louco no horizonte das preocupações do homem medieval – situação simbólica e realizada ao mesmo tempo pelo privilégio que se dá ao louco de ser fechado às portas da cidade: sua exclusão deve encerrá-lo; se ele não pode e não deve ter outra prisão que o próprio limiar, seguram-no no lugar de passagem. (FOUCAULT, [1961] 2004, p. 12)

Na Idade Clássica há uma mudança na maneira de lidar com a loucura, que, assim como a miséria, passa a ser tratada na esfera moral, em substituição à mística, o que faz aparecer o hospital, como espaço para incluir (e excluir) esse público, os loucos e miseráveis. Mas esse grande internamento, que era feito nos chamados hospitais gerais da época, apesar de diferenciar-se da exclusão renascentista, os exclui ainda apenas como indesejáveis socialmente e não como portadores de uma doença. “Esses hospitais gerais não tinham qualquer finalidade terapêutica, nem significação médica, e o nome hospital

vinha da ideia de hospedaria.” (PASSOS, BEATO, 2003, p. 145). Esse período é decisivo para pensarmos a relação da loucura com a cidade:

A internação é uma criação institucional própria ao século XVII. Ela assumiu, desde o início, uma amplitude que não lhe permite uma comparação com a prisão tal como esta era praticada na Idade Média. Como medida econômica e precaução social, ela tem valor de invenção. Mas na história do destino, ela designa um evento decisivo: o momento em que a loucura é percebida no horizonte social da pobreza, da incapacidade para o trabalho, da impossibilidade de integrar-se no grupo; o momento em que começa a inserir-se no texto dos problemas da cidade. (FOUCAULT, [1961] 2004, p. 78).

O louco aparece como caso de polícia, os estigmas são (re)criados com processos de higienização das cidades:

Se o louco aparecia de modo familiar na paisagem humana da Idade Média, era como que vindo de um outro mundo. Agora, ele vai destacar-se sobre um fundo formado por um problema de “polícia”, referente à ordem dos indivíduos na cidade. Outrora ele era acolhido porque vinha de outro lugar; agora, será excluído porque vem daqui mesmo, e porque seu lugar é entre os pobres, os miseráveis, os vagabundos. (FOUCAULT, [1961] 2004, p. 63).

Com a modernidade, um novo paradigma aparece junto com o surgimento dos especialistas em loucura: o louco é consolidado como objeto de estudo da nascente psiquiatria, o que começa a mudar a noção hegemônica que se tem da insanidade. Pela primeira vez, aparece a doença, as questões clínicas, misturando-se com os outros traços construídos anteriormente – e não os substituindo integralmente. Desse modo, apesar da prática de exclusão permanecer, agora passa a ser compreendida pelo viés da ciência, como questão de saúde – ou melhor, de doença - do louco, como tentativa de cura pelos especialistas.

Não é por acaso que a psiquiatria nascente se inscreveu numa forma institucional que é herança do absolutismo político. A relação que se desenrola entre o médico e doente, e que representa o primeiro paradigma da relação terapêutica em medicina mental, é uma relação de soberania. O louco só pode reconquistar sua humanidade através de um ato de fidelidade a uma potência soberana encarnada num homem (CASTEL, 1978, p. 64).

A valorização da razão aparece na modernidade como não havia aparecido antes, ou melhor, o saber sobre o motivo da desrazão começa a surgir; os insanos já não têm nada de místicos e nem são apenas caso de polícia, mas têm sim um problema patológico, biológico, que influencia nesse desequilíbrio da razão, e por isso precisam ser tratados e medicalizados pelo seu soberano. É nesse contexto que surge o hospital psiquiátrico, com sua dupla função de punir e tratar: “A noção de periculosidade social associada ao

conceito de doença mental, formulado pela medicina, propiciou uma sobreposição entre punição e tratamento, uma quase identidade do gesto que pune e aquele que trata.” (BARROS, 1994, p. 34).

Aqui peço licença para trazer uma reflexão sobre o trabalho com saúde mental que atinge o contemporâneo, mas que tem relação direta com a maneira que a história da loucura foi sendo escrita. A centralidade da medicina enquanto saber legítimo sobre os desviantes, os considerados loucos, traz também formas de lidar com esse público a partir de ferramentas, ou tecnologias de cuidado, como propõe Merhy e Feuerwerker (2009). Essas tecnologias disponíveis estão diretamente ligadas e esses saberes e como eles irão atuar. Por meio do saber científico, o corpo biológico torna-se “o campo no qual é possível explicar a ocorrência do normal e do patológico em qualquer circunstância.” (MERHY, FEUERWERKER, 2009, p. 1). Esses mesmos autores dividem as tecnologias de saúde em três tipos: dura, leve-dura e leve. A dura é relacionada a ferramentas materiais que podemos lançar mão, como o ato de fazer um exame ou o manuseio de uma seringa, por exemplo. A leve-dura diz respeito ao saber do médico, a definição de tudo o que ele considera clínico ou não, em um “território de tensão entre a dureza do olhar armado e do pensamento estruturado e a leveza exigida pelo usuário” (Id., *ibid.*, p. 6). Já as tecnologias leves são aquelas ligadas ao encontro, à construção de vínculo, à singularidade, às culturas, a contextos específicos. Com essas ferramentas é que construímos esse processo de mediação enquanto trabalhadores da saúde. Entendo que, nesse surgimento da psiquiatria e, em certas situações, até hoje,

(...) na medicina tecnológica há um empobrecimento da caixa de ferramentas das tecnologias leves, deslocando-se o arranjo tecnológico para uma articulação especial entre as tecnologias duras e leve-duras, a ponto de o médico reduzir-se a uma unidade de produção de procedimentos, que passa a ser o ato de saúde pretendido. (Id., *Ibid.*, p. 7).

Tendo como base essas tecnologias, veremos outras tentativas de trabalho com elas durante a história e também no contemporâneo. É importante ressaltar que essas mudanças de pensamento não são feitas necessariamente a partir de rupturas totais e nem de uma continuidade linear. Esses processos são pautados por disputas que produzem certas rupturas e continuidades que acontecem ao mesmo tempo: não se joga tudo o que se pensava antes fora, como se não tivesse existido, mas tampouco existe uma linha evolutiva em que determinadas práticas são simples continuação ou substituição de outras. O grande internamento que acontece nos hospitais gerais no século XVII

diferencia-se do modelo pautado pelo saber médico mas, ao mesmo tempo, segundo Foucault, dá as condições históricas necessárias para o advento desse modelo, que rompe com algumas ideias e mantém outras, como o domínio institucional que silencia e segrega.

Essa passagem do hospital como instituição social e filantrópica para instituição médica (AMARANTE, 2013) é o início do chamado alienismo e do modelo asilar, ou seja, de um modelo disciplinar e assistencialista localizado no final do século XVIII e consolidado no século XIX. O principal nome associado a este modelo é o médico francês Philippe Pinel, que representa essa noção da loucura que, então, se torna dominante (PASSOS, BEATO, 2003) no século XIX e que é a disparadora de outros vários movimentos que convergem até os dias atuais, movimentos de rupturas, de reformas e tentativas de certas continuidades. Pinel é considerado o pai da psiquiatria e funda o alienismo a partir da obra “Tratado *médico-filosófico* sobre a alienação mental ou a mania”, de 1801. Segundo Castel (1978, p.59):

Pinel reuniu essas três dimensões, heterogêneas em aparência, cuja articulação vai constituir a síntese alienista: classificação do espaço institucional, arranjo nosográfico das doenças mentais, imposição de uma relação específica de poder entre médico e doente, o "tratamento moral".

Essas características definem o alienismo pineliano. Enquanto para muitos Pinel é conhecido por desacorrentar ou loucos em Paris⁶, Castel aponta que “o ato fundador de Pinel não é retirar as correntes dos alienados, mas sim um ordenamento do espaço hospitalar” (Id., Ibid., p. 60). Assim, há uma reorganização desse espaço com grupos sendo isolados em prédios diferentes de acordo com seus diagnósticos. A loucura passa a ser relacionada às doenças, e o hospital é o principal instrumento para se lidar com essas doenças, em um considerado isolamento terapêutico. E o médico aparece, hierarquicamente, como aquele sujeito necessário para esse tratamento moral que pretende atingir a cura. Na relação entre o alienado e o médico, este precisa “dobrá-lo, dominá-lo através de uma relação terapêutica que se assemelha a uma justa entre o bem e o mal” (Id., Ibid., p. 64).

O alienismo é imediatamente defendido e criticado por diferentes grupos, e surge logo uma reformulação do hospital psiquiátrico, uma das muitas que aconteceriam a partir de então. Entendendo o momento pós-revolução francesa, com os propalados ideais de liberdade, igualdade e fraternidade, como essa psiquiatria emergente propõe muros?

⁶ Ver <http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/Mostra/pinel.html>

Nessa linha, são criadas as colônias de alienados, que trabalham em regime de portas abertas e, segundo Amarante (2013), nada mais são do que os mesmos asilos de Pinel. Serviram para ampliar a importância social e política da psiquiatria, neutralizando as críticas, mas permanecendo com certa lógica pautada nas regras morais da instituição. Isso me leva pela primeira vez a uma pergunta central nesta pesquisa: seria possível uma reformulação do espaço institucional do manicômio, uma repaginada que dê a ele uma sobrevida, uma possibilidade de reexistência?

A partir do alienismo, no século XX surgem diferentes movimentos de reforma, não apenas dos espaços da loucura, mas também de toda a lógica psiquiátrica que, inevitavelmente, tem ligação direta com esses espaços. A psicoterapia institucional, a psiquiatria de setor, a psiquiatria preventiva, a antipsiquiatria e a psiquiatria democrática italiana são exemplos desses movimentos dos quais analisarei alguns traços mais à frente, baseado no relato de Amarante em “Loucos Pela Vida – A Trejetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil”. Após a Segunda Guerra,

A reforma dos espaços asilares atualizava-se, então, enquanto imperativo social e econômico, perante o enorme desperdício de força de trabalho. O asilo psiquiátrico situava-se em um quadro de extrema precariedade, não cumprindo a função de recuperação dos doentes mentais. Paradoxalmente, passava a ser considerado o responsável pelo agravamento das doenças, de forma a ultrapassar a parcela esperada da evolução patológica da própria enfermidade. (AMARANTE, 2013, p. 28).

Isto é, percebe-se que os hospitais psiquiátricos influenciam diretamente no que passa a considerar-se maluquice do sujeito: até hoje, observamos diagnósticos que pouco têm a ver com aspectos naturais de uma doença, quando ouvimos falar do chamado sujeito institucionalizado. Segundo Goffman ([1961]1990, p.112):

(...) os efeitos de tratamento como doente mental podem ser bem separados dos efeitos, sobre a vida de uma pessoa, dos traços que um clínico consideraria psicopatológicos. As pessoas que se tornam pacientes de hospitais para doentes mentais variam muito quanto ao tipo e grau de doença que um psiquiatra lhes atribuiria, e quanto aos atributos que os leigos neles descreveriam. No entanto, uma vez iniciados nesse caminho, enfrentam algumas circunstâncias muito semelhantes e a elas respondem de maneiras muito semelhantes.

A chamada institucionalização que Goffman identifica é característica inerente aos hospícios. Os chamados pacientes crônicos, institucionalizados, que viveram a maior parte de suas vidas dentro das instituições, têm como principal traço em comum o que a instituição fez a eles ou fez deles. Nesse sentido, Edmar Oliveira contribui para o debate com “Ouvindo vozes: histórias do hospício e lendas do Encantado”, livro em que disserta

sobre suas experiências muito recentes, mais especificamente na primeira década dos anos 2000, no Instituto Municipal Nise da Silveira, no Engenho de Dentro, que ainda está em processo de desativação:

Nunca vou esquecer o que me disse um dia Xavier: a internação era pior que a prisão. Na prisão pedia-se a liberdade, no hospício pedia-se a liberdade e a razão, que é a liberdade da alma. Aqui não era só o corpo, mas a alma também estava aprisionada. O hospício e o seu poder de aniquilar corpos e aprisionar as almas vivia dentro daquela gente. Logo descobri que o que produzia os sintomas dos habitantes do manicômio não era a doença, mas o tratamento. Aquilo não pertencia às pessoas, mas o que o hospício chamava de tratamento produzia um efeito colateral muito parecido(...). O hospício reproduz a barca[Nau dos Loucos]. E o recolhimento dos insensatos ao manicômio é feito em nome da cura. Seria uma passagem para o retorno ao mundo dos sãos, depois da cura. Os que não conseguem essa passagem de volta ficam prisioneiros da passagem. Aprisionados, pelo resto da sua vida, na nau dos insensatos. (OLIVEIRA, 2009, p. 120-121).

Essa retomada que Oliveira faz da Nau dos Loucos parece imprescindível nesta pesquisa, deixando claro mais uma vez que, apesar das mudanças teoricamente radicais da Renascença para cá, alguns sentidos permanecem. Outra contribuição desse autor diz respeito à descrição minuciosa dos institucionalizados, pois ilustra bem o que quero mostrar. Em um trecho longo, mas importante, Oliveira nos faz ver e sentir um pouco do ambiente que estamos retratando, ambiente que dessa maneira é inaugurado no alienismo e do qual não conseguimos nos livrar integralmente até os dias atuais:

As rugas no rosto denunciam uma idade avançada. Descobri que, às vezes, nem tanto. São mais marcas do sofrimento que ferem o corpo, por não encontrar a alma, que se ausentou, marcas que formam a expressão de uma máscara que é usada naquele baile fúnebre, em que a música é o choro ausente nas lágrimas ou um grito no silêncio da dor. Nas mulheres a pele vincada, nos homens barbas por fazer. Em ambos, sempre restos de comida, dentes escassos, uma secreção gosmenta da dificuldade de engolir e dos tremores que deixam os lábios entreabertos e grossos. Os pés, descalços, ganham uma camada de sua própria pele que se faz couro para suportar o calor, o frio, as pedras, a dor. Como se fosse um sapato feito do próprio pé. Os dedos abertos, a sola sem cava, como a se esparramar para suportar o peso do corpo e da vida. As mãos trêmulas, sujas, sem linhas. Os dedos amarelados de uma nicotina mortal, de um odor ocre. As unhas compridas, de um amarelo brilhante, com linhas da vida que faltam às palmas das mãos. Unhas sujas, algumas vampirescas em forma, tamanho, espessura. A pele escurecida, uma camada de pó parece depositar o tempo da eternidade da morte em vida. As fardas do hospício, um brim azul ou cinza, num desbotado de campo de concentração. As calças e camisas quase sempre de tamanhos diferentes. E, muito comum, magros em roupas de gordos, gordos em roupas de magros, grandes com roupas pequenas, pequenos com roupas maiores. Parece que o hospício faz questão de vestir de forma impossível seus habitantes. Em alguns momentos os corpos estão nus.

Mas, diferente do rei, todo mundo vê e ninguém se importa. (Id., Ibid., p. 118).

Entender hospício como meramente um espaço geográfico é reduzir e simplificar o seu significado e o seu papel. O espaço físico é necessário para a existência do hospício e cumpre um papel; papel esse que, sem as normas institucionais presentes ali, construídas através de histórias e que geram consequências para as pessoas, talvez não fosse o mesmo. Edmar Oliveira nos faz enxergar o sujeito institucionalizado. Descreve imagens que possibilitam o entendimento de que nesse espaço, na verdade, não existem sujeitos, mas corpos e almas que foram experimentados por muito tempo, que foram objetos da instituição, do controle, da moral, do saber. E enquanto objetos, não merecem escolher, não precisam de qualquer higiene e podem vestir qualquer coisa ou nada, pouco importa. Nada é personalizado, porque não são consideradas as subjetividades desses indivíduos, e isso vira a própria forma de destruir os sujeitos que estão nesse espaço. É uma violência una, destruidora de possibilidades.

E se algumas das reformas pretendem romper radicalmente com esse espaço de institucionalização, aparecem também outras propostas de reformulação da instituição. Será importante passar brevemente por elas e problematizá-las. Amarante (2013) lembra, por exemplo, da construção das comunidades terapêuticas no contexto pós-guerra, como lugares que buscam a interação através de ações que formem coletivos dentro desses espaços. É a criação da denominada psicoterapia institucional, em uma tentativa de valorização democrática, negando a hierarquização presente em Pinel e distribuindo funções a todos que ocupavam o lugar (usuários e funcionários), mas, ao mesmo tempo, criando um sistema à parte da sociedade, que possuía suas próprias regras e ainda creditava ao interior da instituição, agora reformulada, todo o tratamento da considerada doença mental.

Já a psiquiatria de setor da década de 60 aparece na França como política oficial, com uma proposta diferenciada, considerada progressista na época, transformando o hospital psiquiátrico de acordo com a área geográfica de cada usuário, em uma tentativa de dividir os pavilhões do hospital conforme as culturas e hábitos que cada um possuía fora dali, assim como dividir o próprio território em setores culturais. Cada território teria uma equipe responsável por ele e, com isso, após a alta os usuários seguiriam um tratamento regular com os mesmos profissionais que trabalharam durante o período de internação. “Tendo por princípio a visão de que o hospital psiquiátrico resume-se ao auxílio no tratamento, a psiquiatria de setor restringe a internação a uma etapa, destinando

o principal momento para a própria comunidade.” (AMARANTE, 2013, p. 35). Segundo Rotelli(1994), a psiquiatria de setor não conseguiu ir além do hospital psiquiátrico por dois motivos: ainda conciliava o hospital com os serviços externos e não fazia um trabalho de transformação cultural em relação à psiquiatria.

A psiquiatria preventiva norte-americana, também no século XX, fez surgir um novo paradigma sobre a lida com o louco, ou melhor, um deslocamento do objeto da psiquiatria: começa-se a pensar, de certa forma, na promoção da saúde mental, em substituição à tentativa de cura da doença mental. Como já diz o nome, ela promete e estabelece a crença de que as doenças podem ser prevenidas e, assim, surgem suspeitos, ou potenciais doentes mentais. É necessário achar esses suspeitos nas ruas e, para isso, envolve-se a comunidade no processo, distribuindo-se questionários, por exemplo. Busca-se prevenir ao invés de curar e, caso já exista a doença, minimizar os danos e proporcionar uma readaptação à vida social. Aqui surge o importante termo “desinstitucionalização”, como sinônimo da desospitalização, ou seja, com a ideia de reduzir o ingresso ou a permanência no hospital psiquiátrico. Esse termo será melhor trabalhado à frente e ultrapassará essa ideia de desospitalização. Segundo Amarante, “o preventivismo significa um novo projeto de medicalização da ordem social, de expansão dos preceitos médico-psiquiátricos para o conjunto de normas e princípios sociais” (AMARANTE, 2013, p. 41).

Todos esses movimentos que cito são mais ou menos contemporâneos, localizados na segunda metade do século XX. Não pretendo aqui dar conta da complexidade de cada um, mas sim levantar algumas questões a partir deles que podem ajudar a pensar tanto nas formas mais especializadas de tratar a loucura na contemporaneidade, quanto no imaginário hegemônico que se tem dela. A antipsiquiatria surge em um contexto de movimentos de contracultura na Inglaterra, como o psicodelismo e o movimento hippie, por exemplo, a partir de psiquiatras que acreditavam que as práticas médicas até então eram inadequadas na lida com a loucura e, mais especificamente, com a esquizofrenia. Segundo Amarante, “aqui é formulada a primeira crítica radical ao saber médico-psiquiátrico, no sentido de desautorizá-lo a considerar a esquizofrenia uma doença, um objeto dentro dos parâmetros científicos”. (Id., Ibid., p. 42). Assim, considera como causa da loucura a própria sociedade e não indica um tratamento químico ou físico, entrando em um processo de ruptura radical com a psiquiatria moderna.

A antipsiquiatria busca um diálogo entre a razão e a loucura, enxergando a loucura entre os homens e não dentro deles. Critica a

nosografia que estipula o ser neurótico, denuncia a cronificação da instituição asilar e considera que mesmo a procura voluntária ao tratamento psiquiátrico é uma imposição do mercado ao indivíduo, que se sente isolado na sociedade. (Id., Ibid., p. 44).

Com uma metodologia que rompe com o saber médico clássico, são formados novos tipos de comunidades terapêuticas, propostas para subverter as estruturas hospitalares, com reuniões que detectam os preconceitos de médicos e enfermeiros e propõem uma desestigmatização do indivíduo enquanto doente, dependente e incapaz. Amarante aponta que, apesar da ruptura, a antipsiquiatria substitui o saber: elabora outra referência teórica em relação à esquizofrenia, que seria uma explicação causal calcada nos problemas de comunicação entre as pessoas. E aqui, assim como no preventivismo norte-americano, aparece um termo caro para esta pesquisa: a desinstitucionalização, que é transmitida para o mundo de uma forma diferente de como é pensada na Itália, por exemplo. Segundo Venturini (2016, p.65):

Em âmbito internacional, o termo assume um significado que leva em conta o que ocorre, principalmente, nos contextos norte-americanos e ingleses: nesses cenários, em geral, acontecem meras reduções no número de leitos nos hospitais psiquiátricos, e as altas se sucedem sem significativos processos de reinserção social. Nesses países, a impotência de uma ação política gera instâncias que só aparentemente parecem radicais, mas que, na realidade, são ilusórias: a antipsiquiatria representou o exemplo mais clamoroso de tal processo. Por vezes, a desinstitucionalização acabou sendo equiparada erradamente à antipsiquiatria e tornou-se sinônimo da vontade de abolir todas as instituições psiquiátricas públicas.

Chegamos então a Franco Basaglia e a psiquiatria democrática italiana, que foi a partir da qual a Reforma Psiquiátrica brasileira se pensou e, conseqüentemente, a partir da qual muitas das ideias institucionais compartilhadas pelo Centro de Convivência de Niterói surgiram. É onde o conceito de desinstitucionalização diferencia-se do pensado pela psiquiatria preventiva norte-americana ou da antipsiquiatria inglesa:

Na Itália, esse termo tem, desde o fim dos anos 60, um significado complexo: indica um movimento que, partindo das experiências práticas de ruptura institucional e retirando força dos pressupostos ideológicos da lei de reforma, se formou e se desenvolveu como uma nova e radical organização comunitária da saúde mental e como um novo paradigma da saúde. (Id., Ibid., p. 65).

Segundo Barros (1994, p.53):

A experiência italiana representa um confronto com o hospital psiquiátrico, o modelo da comunidade terapêutica inglesa e a política de setor francesa, embora conserve destas o princípio de democratização das relações entre os atores institucionais e a ideia de

territorialidade. (...) Os italianos postulavam a necessidade de um processo crítico em que a loucura pudesse ser redimensionada não para fazer sua apologia, mas para criar condições que permitissem que esse momento de sofrimento existencial e social se modificasse.

Na década de 60, Basaglia inicia um movimento crítico à psiquiatria moderna, movimento que se traduz em prática no trabalho com o manicômio de Gorizia, que inicialmente é “humanizado”, transformado em uma espécie de comunidade terapêutica para, com uma crise institucional instaurada, pensar para além dos muros (AMARANTE, 2013). Isto é, a simples humanização daquele espaço não seria suficiente para exterminar a violência intrínseca à instituição, que segrega e objetifica seus pacientes. A partir disso, ao longo dos processos de fechamento de vários hospitais psiquiátricos na Itália, foram escritas cartas aos usuários, que davam alta e explicavam os motivos dessa decisão. A carta escrita para os moradores dos manicômios de Ímola em 1995 é transcrita por Ernesto Venturini no livro “A linha curva – o espaço e o tempo da desinstitucionalização”:

Quando há alguns anos nos encontramos pela primeira vez, éramos todos, vocês e eu, menos livres. A vocês já havia sido reconhecido o direito de ser doentes, sem ter de ser necessariamente, declarados irrecuperáveis e serem trancados num lugar violento e separadamente. Esse direito nascera do empenho de Franco Basaglia e da lei que, em 1978, tinha abolido o manicômio. Porém, o direito de vocês permanecia no papel. Alguns de vocês ainda estavam amarrados, relegados em celas fechadas, feridos por uma longa institucionalização que havia reduzido, intensamente, as capacidades, as autonomias, restringindo a esperança e a vontade de lutar. A mudança ocorrida até então não parecia muito significativa: o hospital psiquiátrico tinha se limitado a mudar de nome, mas não sua substância. (VENTURINI, 2016, p. 60).

Esse trecho cita a lei 180, de 13 de maio de 1978, considerada a lei de Reforma Psiquiátrica italiana, ou “Lei Basaglia”. Ela simboliza um novo marco, instituindo um modo de pensar o sujeito, que, enquanto cidadão, passa a ter direitos e necessita ser escutado. Mas, como diz Venturini na carta, as mudanças não são automáticas a partir da lei; elas acontecem, sim, antes da lei e também depois dela, a partir da continuidade da luta e da transformação das práticas. Dentre essas práticas, aparecem como referências todo o trabalho para os fechamentos dos hospitais de Gorizia, Trieste e Ímola. O trabalho feito por Basaglia em Trieste, onde ele chega em 1971, inclui a abertura de outros serviços, como os centros de saúde mental espalhados pela cidade e residências onde os usuários vão morar, às vezes sozinhos, às vezes acompanhados por técnicos. Além disso, são formadas cooperativas de trabalho, em uma tentativa de extrapolar o estigma de incapaz do louco.

Essas cooperativas são ilustradas no filme “Dá Pra Fazer” (Si Puo Fare), de 2008, dirigido por Giulio Manfredonia, que se passa nesse início da tradição basagliana na Itália. Ele mostra o sindicalista Nello, que pouco conhece sobre loucura, chegando para fazer um trabalho com os considerados doentes mentais e conseguindo enxergá-los para além do diagnóstico dado pelo médico. Chegando na instituição, o sindicalista começa a observar que um trabalho mecânico dado aos pacientes, de colar selos, é considerado mal feito pelos médicos, mas que, na realidade, os pacientes colam daquela forma de propósito, formando desenhos quando as folhas são passadas rapidamente. A partir de assembleias onde todos podem dar opinião e as opiniões não são simplesmente ignoradas ou silenciadas – a partir das sugestões, o sindicalista repete várias vezes a expressão “dá pra fazer” - são pensadas as possibilidades de trabalho ali e é implementada a ideia da formação de uma cooperativa. Forma-se, então, uma cooperativa de fazer pisos em mosaico, aproveitando a habilidade de cada um para o trabalho – enquanto os que erravam propositalmente a colagem dos selos revelam-se profissionais talentosos na montagem dos mosaicos, outra pessoa exerce a função de contador, outro de motorista etc. A partir do sucesso do trabalho, o filme traz a questão da ampliação da vida das pessoas para além do tratamento psiquiátrico.⁷

A representação da loucura no filme é interessante para ilustrar como a reforma italiana não pretende simplesmente destruir o hospital psiquiátrico, mas propõe alternativas de vida e conta também com pessoas que não são técnicos de saúde mental para efetivar essa ideia. A discussão da luta antimanicomial sai apenas da esfera da saúde e é pensada no âmbito social e político.

O louco/doente mental deixa de ser simples objeto da intervenção psiquiátrica, para tornar-se, de fato, agente de transformação da realidade, construtor de outras possibilidades até então imprevisíveis no teclado psiquiátrico(...) atua-se no surgimento de novas formas de expressão política, ideológica, social, de lazer e participação, que passam a edificar um sentido de cidadania que jamais lhes foi permitido. (AMARANTE, 2013, p. 121).

1.3 A Reforma Psiquiátrica brasileira e os serviços substitutivos ao Hospital Psiquiátrico

⁷ É interessante observar que, apesar de passar bem a lógica basagliana, algumas questões importantes para a luta antimanicomial passam batidas no filme. A questão da intersecção, por exemplo, que trabalharei no terceiro capítulo e é quando pensamos o louco com uma identidade mais múltipla, enquanto sujeito que traz questões de gênero, raça, classe etc, para além da loucura, fica silenciada em alguns momentos. Em outros, certos estigmas são até reforçados, quando em uma cena, por exemplo, os homens da cooperativa demonstram interesse em sexo e são levados a um bordel, enquanto as mulheres da cooperativa, em minoria, são silenciadas.

Com início no final da década de 70, a reforma brasileira é inspirada na italiana e tem uma trajetória complexa que passa por várias ações, organizações e conceitos que vão se transformando. Segundo Amarante, a Reforma no Brasil é

(...) um processo histórico de formulação crítica e prática, que tem como objetivos e estratégias o questionamento e elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria.(...) Tem como fundamentos apenas uma crítica conjuntural ao subsistema de saúde mental, mas também – e principalmente – uma crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, dentro de toda a movimentação político-social que caracteriza a conjuntura de redemocratização. (AMARANTE, 2013, p. 87).

Esse processo é construído de acordo com os contextos específicos. No caso do Brasil, corresponde ao período de redemocratização do país, da Reforma Sanitária e da construção do SUS, e a partir de debates, práticas e organização de movimentos sociais. O movimento pela democratização da saúde não é isolado do contexto mais geral do país. No final da década de 70 é formulado o projeto da Reforma Sanitária, assim como ocorre a apresentação do Sistema Único de Saúde (SUS) no I Simpósio de Políticas de Saúde da Câmara dos Deputados, em 1979 . Assim,

A questão da saúde sofre uma profunda transformação, pois deixa de ser entendida simplesmente como relacionada à assistência médica, ao tratamento de doenças, ou mesmo à simples ausência de doenças, para assumir a dimensão dos aspectos relacionados ao complexo processo saúde/doença, onde se destaca a questão democrática, portanto, a política. (AMARANTE; COSTA, 2012, p. 36).

A direção da Reforma Sanitária, as diretrizes do SUS – como a universalidade, a integralidade e a equidade – e a Reforma Psiquiátrica caminham no mesmo sentido, entendendo a promoção da saúde para além da cura de doenças e medicalização de corpos, levando em conta as trajetórias, identidades e a diversidade cultural. Esses princípios são oficializados na Constituição Federal de 1988.

As Conferências Nacionais de Saúde Mental são espaços que têm papel importante nessa construção da Reforma Psiquiátrica brasileira, assim como outros vários encontros desde a década de 80. Em 2001, a Lei Paulo Delgado, ou Lei da Reforma Psiquiátrica, é criada, concretizando a garantia de direitos básicos aos portadores de transtornos mentais. Segundo a lei 10.216, de 6 de abril de 2001, essas pessoas têm direito a:

- 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 menos invasivos possíveis;
- IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental. (BRASIL, 2001).

Veremos, no Brasil, um processo em diálogo direto com o ocorrido na Itália, já que a Reforma por aqui foi pensada muito em função da tradição basagliana, mas ao mesmo tempo é importante destacar que haverá singularidades de acordo com os contextos de cada movimento. A Reforma não para na lei e traz consigo diversas questões importantes. Trabalharei principalmente com a noção de desinstitucionalização italiana que, segundo Basaglia (2005), passa por alguns pontos primordiais. O foco será em um deles, que o autor chama de “reatamento de vínculos com o exterior”.

Um dos pilares do processo de desinstitucionalização é o trabalho em rede e com o território, que vem substituir uma vida de exclusão entre os muros institucionais. Esse trabalho vai além de uma simples desospitalização, pretendendo incluir uma rede territorial no cuidado dessas pessoas. Para isso, é preciso que existam alguns serviços desvinculados do hospital que proponham um trabalho de mediar a relação dos usuários com a cidade – um trabalho psicossocial -, principalmente daqueles que viveram muito tempo isolados. Nessa proposta, a cidade aparece como algo para além do espaço da rua, com tudo aquilo que a forma – incluindo pessoas, instituições e espaço público – em interação com o usuário da rede de saúde mental. Pela lógica da Reforma, essa interação necessariamente faz parte do cuidado com aquela pessoa.

Sem querer comparar serviços que têm papéis diferentes e complementares, na prática destaco como marco importante para a Reforma Psiquiátrica Brasileira a criação dos CAPS (os Centros de Atenção Psicossocial), já na década de 80. Um dos serviços que vem substituir o hospital psiquiátrico e sua direção asilar, os CAPS são divididos em alguns tipos: CAPS I (cidades até 70.000 habitantes); CAPS II(cidades a partir de 70.000 habitantes); CAPS III(Acima de 200.000 habitantes, aberto 24 horas); CAPS AD (Álcool e Outras Drogas); CAPS Infantil. Com o passar dos anos, vários municípios implementaram essa lógica, que ainda está longe de englobar uma totalidade do país. Para exemplificar, Niterói tem cerca de 500.000 habitantes e não possui um CAPS III, o que

dificulta o fechamento do hospital psiquiátrico. Mas qual seria a função de um CAPS, em substituição ao tratamento buscado pelo hospital psiquiátrico? Sendo um dispositivo de cuidado intensivo para quem possui transtornos mentais graves, pretende incluir o social em um cuidado que no último século foi reduzido ao saber médico, além de priorizar o sujeito ao invés de sua doença. Assim, os CAPS passam a ser os serviços de referência de vários usuários, isto é, onde essas pessoas vão se consultar com psicólogos e psiquiatras, onde pegam os seus remédios e onde fazem atividades terapêuticas, mas, para além disso, junto com os outros dispositivos de uma rede, pretende incluir no cuidado também a sociedade, o território, as formas cotidianas de se relacionar.

Mais do que um serviço reduzido a um espaço físico, o CAPS, enquanto agente da desinstitucionalização, traz marcas necessárias para efetivar essa ideia, ou seja, representa uma lógica de trabalho ou um modo de operar o cuidado:

O caminho percorrido já nos indicou que tais marcas, constitutivas do dia-a-dia, sustentam-se sobre um tripé – a rede, a clínica e o cotidiano do CAPS. Sem a consideração de cada um deles, indispensáveis para a sustentação da estratégia “caps” de cuidado, o serviço CAPS não será instrumento eficaz da desinstitucionalização. (LEAL, DELGADO, 2007, p. 138).

Leal e Delgado explicam em seguida que, nesse caso, clínica é, na verdade, o que chamaremos aqui de clínica ampliada, ou seja, um certo tipo de fazer que se diferencia da clínica stricto sensu.

A associação de uma outra palavra ao vocábulo clínica indica, sem que maiores reflexões se façam necessárias, que não se trata de qualquer clínica, mas de um conjunto particular de princípios e preceitos que definem uma prática particular de cuidado, um certo modo de conhecer e conceber o homem e seu sofrimento. (Id., Ibid., p. 142).

Isto é, um modo de pensar a loucura que está muito associado à noção de desinstitucionalização na lógica proposta por Basaglia. O CAPS é criado pensando para além da desospitalização das pessoas, incluindo um cuidado regular, presente, de forma que essas pessoas consigam criar uma relação com o mundo, com a cidade, com o exercício da cidadania, que o hospital psiquiátrico bloqueava (e ainda bloqueia) integralmente. Quando entendemos isso, fica claro que a construção de um espaço físico não garante ao CAPS o sucesso de sua proposta. Esse espaço precisa estar associado a uma construção de trabalho nessa lógica da desinstitucionalização.

Moebus e Merhy (2015) contribuem decisivamente para uma reflexão a respeito disso. Se o hospício é parte constituinte da sociedade disciplinar descrita por Foucault, que conta com essas instituições de confinamento para realizar tipos de dominação, a

sociedade do controle - proposta por Deleuze enquanto desdobramento da sociedade disciplinar - vai acontecer com o controle a céu aberto, dada a crise das instituições. Isto é, se entendemos que a sociedade disciplinar tem como principais ferramentas as instituições, como a família, a escola e o hospício, por exemplo, a sociedade de controle, mesmo sem abrir mão dessas instituições, não necessita mais do confinamento. Uma não deixa de existir com o advento da outra. Mas o controle extrapola o institucional e aparece no social com dispositivos de vigilância, como as câmeras nas ruas, por exemplo. A questão que Moebus e Merhy trazem é se o CAPS opera enquanto produtor de um cuidado que visa a autonomia do sujeito nessa clínica ampliada proposta ou se exerce a antiga (e atual) função disciplinar do hospital psiquiátrico, só que a céu aberto, adaptada para o contexto. Ou seja:

(...) interessa saber se, por um lado, o exercício clínico nos CAPS pode representar “intervenções na produção social de subjetividade” que geram linhas de fuga, produzindo sociabilidade solidária, autonomia, multiplicidade, ampliação da vida, ultrapassando o paradigma antidisciplinar do antimanicomial, ou, por outro lado, se essa clínica pode exercer, na atual etapa histórica da sociedade de controle, com seu monitoramento dos fluxos em espaço aberto, a antiga função antes exercida pelo manicômio na defasada sociedade disciplinar do confinamento. (MOEBUS; MERHY, 2015, p. 25)

Essa é uma pergunta permanente e que direciona o cuidado dentro de um serviço de atenção psicossocial: se na proposta o CAPS é baseado na ideia de clínica ampliada, comunitária, que visa autonomia, na prática isso pode se dar de diferentes maneiras, inclusive marcando a função de controle. E não só o CAPS, mas também o Centro de Convivência, como refletirei mais profundamente no segundo e terceiro capítulos.

Para além dos CAPS que, no processo de desinstitucionalização, são os serviços de tratamento regular que recebem os usuários com determinada frequência, fazem o tratamento psiquiátrico e psicológico e propõem oficinas e articulação com os territórios, existe um outro serviço que aparece com papel essencial nesse processo: as Residências Terapêuticas (RTs), enquanto locais de moradia. As RTs são criadas para atingir um público que estava nas enfermarias de Longa Permanência dos Hospitais Psiquiátricos e que possui escassos vínculos familiares ou sociais. O trabalho, então, é direcionado para que o morador se aproprie o máximo possível de um espaço significado enquanto casa e não enquanto serviço de tratamento.⁸ Embora nessa pesquisa a desinstitucionalização apareça como conceito mais amplo, o termo é usado, principalmente, nesse processo de

⁸ Sobre essa relação entre RT e CAPS, ver SIQUEIRA(2008).

transição entre o hospital psiquiátrico enquanto moradia e as Residências Terapêuticas. Ter um lar para quem por muito tempo morou em uma enfermaria não é uma questão simples, e tanto os técnicos das RTs quanto dos CAPS praticam um trabalho de desinstitucionalização que envolve a apropriação da casa pelo morador. Ter uma casa envolve muitas coisas, desde a administração de seu funcionamento, até o lidar com os vizinhos, por exemplo. E aí, como em todos os lugares em que a loucura está que não é o manicômio, envolve um trabalho também com a comunidade que está interagindo com esse público. Sobre isso, mais uma vez convoco a escrita de Edmar Oliveira, que traz, na prática, o que estou tentando dizer:

No primeiro apartamento que montamos, o síndico me ligou solicitando que eu fornecesse um atestado garantindo a moradia dos pacientes no prédio. Perguntamos se ele solicitava essa declaração para os demais moradores. A única garantia que dávamos é que o paciente estava de alta, portanto, vida que segue. Se tivesse uma crise, que fosse internado, como qualquer um de seus vizinhos. Não foi assim tão fácil. Tivemos que frequentar reuniões de condomínio para discutir a proposta e o preconceito. Nesse prédio tivemos êxito, até porque numa confusão em que houve uma briga de vizinhos, com intervenção da polícia, a nossa gente não estava envolvida, como todos esperavam. Certa vez, anunciando a mudança de conduta do condomínio, o mesmo síndico ofereceu à nossa equipe um outro apartamento que havia ficado vago. Fomos contra. Dissemos que queríamos um apartamento por prédio e não todos os pacientes no mesmo prédio, senão ele é quem seria o diretor do hospício. (OLIVEIRA, 2009, p. 130).

Na mediação, a questão da garantia de que nada de ruim vá acontecer sempre aparece para o técnico de saúde mental. E, obviamente, ninguém pode garantir coisa alguma. Dado o estigma de violento do louco, isso não ajuda no convencimento. Mas, mais do que convencer qualquer pessoa pela palavra, é importante perceber que a própria prática de convívio pode mudar certos estigmas – embora também seja necessária a mudança de discursos e representações. No exemplo que Oliveira dá, o simples fato de ocorrer uma confusão no prédio sem a participação de algum morador da RT ajudou a mudar a visão do síndico. E, no entanto, se algum morador tivesse participado da confusão? A situação seria diretamente ligada ao fato dessa pessoa ser paciente psiquiátrica. Assim como todas as outras pessoas, o paciente psiquiátrico vai em algum momento arrumar confusão, vai em algum momento ter dificuldade com determinadas situações. A questão é pensar por que isso sempre é ligado aos transtornos psiquiátricos. E essa desconstrução é parte do trabalho da luta antimanicomial.

Os CAPS e as RTs fazem parte da RAPS (Rede de Atenção Psicossocial) que, pela portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011, prevê a composição dessa rede substitutiva.

Grande parte dessa rede já existia décadas antes, com o início e desenvolvimento de Reforma Psiquiátrica brasileira. Bem antes da RAPS, são criadas as portarias das RTs, em 2000, e do CAPS, em 2002, assim como a lei da Reforma Psiquiátrica, em 2001, e a portaria do Centro de Convivência, sobre a qual me aprofundarei no segundo capítulo, em 2005. A portaria da RAPS cita todos esses serviços e concretiza uma rede, incluindo uma relação fundamental com a atenção básica, mas regulamentando também um serviço que vai de encontro às ideias da Reforma, a Comunidade Terapêutica. Apesar do mesmo nome daquelas que apareceram na Inglaterra, aqui elas têm um funcionamento diferente, propondo o tratamento para usuários de álcool e outras drogas através do isolamento completo em terrenos distantes da cidade, além de muita vez serem ligadas a grupos religiosos e de seguirem questões morais que não cabem na Reforma Psiquiátrica tal qual ela foi pensada. Nessas Comunidades Terapêuticas, a lógica de trabalho passa pela abstinência, contrariando a política pública de redução de danos, que entende o trabalho a partir de ações que procurem o protagonismo do usuário em seu cuidado, no fortalecimento de suas redes sociais, na conscientização e na minimização de riscos de saúde para esse usuário. Essas ações são entendidas como direção política, em contraposição à lógica de repressão da imposição da abstinência e do isolamento, presente nas Comunidades Terapêuticas brasileiras, que estão espalhadas por todo o país. Segundo Dias (2013, p.81):

A sustentação da incorporação das comunidades terapêuticas ao SUS parece passar por um discurso de uma legitimidade, que vem da força política de grupos que apoiam o modelo. Reforçando a fragilidade técnica da proposta de incorporação das comunidades terapêuticas ao SUS, sabemos que a força desses grupos não está na instituição que defendem, mas no caráter religioso que permeia todo o projeto institucional e que insere as comunidades numa ideologia (o ‘poder da fé, da vontade contra o vício’, etc) que agrega força aos grupos que apoiam politicamente esse modelo.

Em outubro de 2017 foi divulgada, em matéria do jornal “O Globo”, uma inspeção nacional em Comunidades Terapêuticas realizada pelo Ministério Público Federal, pelo Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura e pelo Conselho Federal de Psicologia. Nela, foram descobertas inúmeras irregularidades, como internações compulsórias não documentadas e trabalho forçado.⁹ Aqui, volto a ressaltar que as ideias e práticas estão sempre em disputa, não evoluindo em totalidade de determinado

⁹ Ver <https://oglobo.globo.com/brasil/inspecao-em-comunidades-terapeuticas-encontra-internacoes-forca-instalacoes-precarias-21960702#ixzz4wdQTdOPG>

paradigma para outro, mas sempre convergindo em determinado contexto de acordo com certos interesses e em busca pela conquista da hegemonia. A Reforma Psiquiátrica, portanto, não se dá sem disputas com outras visões sobre a loucura.

A RAPS é dividida por Pontos de Atenção: atenção básica em saúde; atenção psicossocial estratégica; atenção de urgência e emergência; atenção residencial de caráter transitório; atenção hospitalar; estratégias de desinstitucionalização; estratégias de reabilitação psicossocial. Dentro delas, entram os serviços. O Centro de Convivência, por exemplo, aparece como atenção básica, o que não diz do fazer do Centro de Convivência de Niterói, que pretende trabalhar junto com os CAPS em assuntos relativos ao social e pensa, de certa forma, em processos de desinstitucionalização. Não é o trabalho que é feito especificamente com moradores de longa permanência para saírem do hospital, mas um trabalho cotidiano de construção de rede externa com um público mais variado.

Essa direção é, algumas vezes, contestada por quem acredita no rigor da ciência, na medicina como detentora do saber sobre a loucura, visões ainda presentes na atualidade. Para exemplificar, resgato um embate entre duas formas de discurso em momentos históricos diferentes que parecem estar em desacordo com seu tempo. A primeira é a trama do conto “O Alienista”, de 1881, escrito por Machado de Assis. Machado conta a história de um médico renomado internacionalmente, o dr. Simão Bacamarte, que, voltando ao Brasil, abre um asilo para loucos, chamado Casa Verde, na pequena cidade de Itaguaí. Durante o conto, o motivo que fazia Bacamarte internar as pessoas variava, enquanto ele vai tentando entender o que é a loucura e descobrir sua cura universal. A partir das experiências, pessoas que antes não eram consideradas loucas agora passam a sê-lo, porque o alienista, com bases pretensamente científicas, as detinha na Casa Verde. “A loucura, objeto dos meus estudos, era até agora uma ilha perdida no oceano da razão; começo a suspeitar que é um continente” (ASSIS, [1881] 2008, p. 47). Em determinado momento acontece uma rebelião, porque “Itaguaí não podia continuar a servir de cadáver aos estudos e experiências de um déspota” (Id., *ibid.*, p. 62). A trama se desenvolve de forma que Simão Bacamarte em certo momento interna a própria mulher. E ele não faz isso por desvio de caráter, ou por motivos pessoais e nem por um grande acontecimento de crise, mas o faz, sim, em nome da ciência. O conto, que envolve muito mais histórias do que tenho espaço para me dedicar aqui, termina com o próprio alienista ingressando na Casa Verde. “A questão é científica, dizia ele; trata-se de uma doutrina nova, cujo primeiro exemplo sou eu. Reúno em mim mesmo a teoria e a prática.” (Id., *Ibid.*, p. 92).

A narrativa traz a questão do conhecimento como poder, além de relativizar o limite entre sanidade e loucura e a ciência como detentora do saber sobre a última. É localizado historicamente no momento em que a psiquiatria emerge enquanto ciência, em que a lógica asilar está sendo criada na modernidade. Mesmo assim, enquanto a cultura dominante entende esse saber como legítimo, verdadeiro, Machado de Assis o representa através da literatura mostrando todas as suas contradições e a loucura em toda a sua complexidade.

Essas representações sobre a loucura, aqui aparecendo pela literatura, mas possíveis por vários outros meios de produção de discurso, também são relevantes na construção de uma ideia sobre ela, e podem negociar ou resistir ao pensamento hegemônico de sua época. Assim, se no século XIX, Machado de Assis contestava o saber médico sobre a loucura, acontece algo inverso na contemporaneidade. Vamos ao segundo exemplo.

Precisamente no dia 25 de abril de 2017 foi emitida uma nota técnica pelo Conselho Federal de Medicina(CFM), junto com a Associação Brasileira de Psiquiatria(ABP), direcionada ao Ministro de Desenvolvimento Social, ao Ministro da Saúde e aos Governadores e Gestores de Saúde. Após as muitas considerações sobre leis e portarias vigentes, aparece uma série de recomendações criticando a atual proposta de tratamento brasileira - que prevê o fim dos hospitais psiquiátricos e a valorização da questão social, do tratamento pelos serviços substitutivos - e propondo o aumento de leitos em hospitais psiquiátricos. Dentre as recomendações, destaco um trecho:

Que o Estado elabore, juntamente a especialistas capacitados, sem a exclusão do médico psiquiatra, programas eficazes, devidamente fundamentados em evidências científicas comprovadas internacionalmente (...). Que a Política Nacional de Saúde Mental seja revista e direcionada para um modelo estruturado com base em uma Rede Integral de Tratamento, nos mais diversos níveis de complexidade, consentâneo com as necessidades dos pacientes; conforme exemplificado e explicado nas Diretrizes para um Modelo de Atenção Integral em Saúde Mental no Brasil, elaboradas pela Associação Brasileira de Psiquiatria(ABP), Associação Médica Brasileira(AMB), Federação Nacional dos Médicos(FENAM), Sociedade Brasileira de Neuropsicologia(SBNp) e é documento oficial adotado pelo Conselho Federal de Medicina.¹⁰

O documento “Diretrizes para um Modelo de Atenção Integral em Saúde Mental no Brasil”¹¹, citado na nota, é criado em 2014, criticando a atual política pública de saúde

¹⁰ Disponível em <http://www.abp.org.br/portal/wp-content/upload/2017/04/Consideracoes-e-recomendacoes.pdf>

¹¹ Disponível em <http://www.abp.org.br/portal/wp-content/upload/2014/10/diretrizes.pdf>

mental, que conta com a rede substitutiva que foi explorada anteriormente. Diz ainda que a eficácia dos CAPS, por exemplo, não foi demonstrada na prática e defende um outro modelo de atenção, baseado na psiquiatria enquanto centro do cuidado com as pessoas que possuem transtornos mentais. Logo na introdução do texto, aparece a grande questão: a desvalorização do saber psiquiátrico e o psiquiatra enquanto profissional secundário e prescindível. Visto que o documento é preparado por uma série de organizações de apenas uma classe profissional – médicos – parece que, mais que uma preocupação com o atendimento de alta qualidade ao usuário, a briga é pela própria classe médica, que estaria sendo desvalorizada com a atual política pública pautada nos serviços substitutivos e na atenção psicossocial.

Em 4 de maio, o Ministério Público Federal emitiu uma nota em resposta, que diz:

A nota técnica encaminhada (...) ignora que as pessoas com transtorno mental têm direito à vida independente e inclusão na comunidade, à avaliação e ao cuidado multidisciplinar. Portanto, necessariamente outros profissionais e seus respectivos conselhos, bem como a comunidade precisam estar envolvidos na discussão sobre as políticas públicas de saúde mental, sem qualquer hierarquia ou centralidade da atenção médica, da internação, do modelo de ambulatório de saúde mental ou do tratamento medicamentoso.¹²

É importante destacar que a presente pesquisa só é possível pela direção da atual política pública de saúde mental, dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro. Todas as conquistas para pensarmos na loucura de outras maneiras para além do estigma e no tratamento de outra maneira para além do isolamento não estão garantidas e sempre são colocadas em xeque. A disputa é permanente e é nesse sentido que vejo a Reforma Psiquiátrica como processo contínuo, inacabado. Enquanto trabalhadores pensam em como efetivar a proposta atual, que é cheia de falhas por falta de recursos e estrutura, essa mesma proposta já sofre ameaças conservadoras relevantes. Em “O Alienista”, já desmistificando e relativizando a legitimidade do verdadeiro detentor do conhecimento, o personagem principal, dr. Simão Bacamarte, descobre algo sobre si:

(...) pareceu-lhe que possuía a sagacidade, a paciência, a perseverança, a tolerância, a veracidade, o *vigor moral*, a lealdade, todas as qualidades enfim que podem formar um *acabado mentecapto*. (ASSIS, [1881] 2008, p. 91).

O que pretendo deixar claro é que, neste primeiro capítulo, a escolha pela historização das relações da loucura e os saberes sobre ela não se resumem a fatos que

¹² Disponível em <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/temas-de-atuacao/saude-mental/atuacao-do-mpf/nota-tecnica-5-2017-pfdc-mpf>

ficaram no passado, são elementos necessários para entender como foram construídas as diferentes visões que convergem na contemporaneidade. Entre continuidades e rupturas, podemos perceber o quanto a Nau dos Loucos, símbolo da Renascença, está, de certa forma, dando lógica ao hospício enquanto lugar de passagem eterna; o quanto o alienismo de Pinel e seus desdobramentos, entre continuidades e rupturas, ainda disputam a hegemonia com formas emergentes, retomando as disputas hegemônicas estudadas por Williams.

Ao mesmo tempo em que a ABP briga pelo aumento de leitos em hospitais psiquiátricos e as comunidades terapêuticas crescem no Brasil com base em valores morais, os serviços substitutivos tentam continuar implantando uma forma de trabalhar com a loucura que convoque a noção de desinstitucionalização e que entenda a luta antimanicomial como prática que extrapola os limites da psiquiatria ou da psicologia. Com base nessas reflexões e experiências, nos capítulos seguintes irei me aprofundar nas diferentes propostas de Centros de Convivência pelo Brasil, para então chegar na proposta do Centro de Convivência de Niterói e, a partir disso, entender como funcionam as práticas de trabalho de mediação entre loucura e cidade no município.

2. OS CENTROS DE CONVIVÊNCIA E CULTURA, A REDE DE SAÚDE MENTAL DE NITERÓI E O CENTRO DE CONVIVÊNCIA DE NITERÓI

Articular, mediar, agenciar, cuidar: qual é o mandato de um Centro de Convivência? Pensar o cuidado com usuários da rede de saúde mental através de práticas de convivência é um desafio complexo, que pode ser apropriado de distintas maneiras. A convivência pressupõe um contato entre pessoas, um contato com certa regularidade. Mas talvez a pergunta central que diferencia determinadas propostas seja: quando, onde e na relação com quem a convivência se dá?

Aqui, usarei algumas portarias e leis importantes que pautam as direções de trabalho com a saúde mental. Entretanto, é imprescindível perceber que não é a partir delas que começa o debate: ao contrário, elas surgem para concretizar um movimento anterior de práticas e construção de pensamento; ao mesmo tempo, elas não esgotam esse movimento - mesmo escritas e decretadas como fixas, são interpretadas e reapropriadas em práticas distintas, que trazem alguns princípios em comum. Essa observação é essencial para esse capítulo – e não só para ele – porque aqui dissertarei sobre o que é um Centro de Convivência e Cultura (os CeCos¹³), para então chegar mais especificamente no Centro de Convivência e Cultura de Niterói e sua proposta de trabalho. Se leis e portarias não tivessem brechas, esse capítulo não existiria. Se tudo fosse reduzido a elas, ele tampouco existiria, já que, introduzindo a questão, os Centros de Convivência oficialmente não existem, apesar de estarem espalhados pelo Brasil e terem suas direções de trabalho vinculadas a uma extinta portaria.

Mas, sabemos que falar de cidadania e direitos não basta, como não basta apenas aprovar leis, pois não se determina que as pessoas sejam cidadãos e sujeitos de direito por decreto. A construção da cidadania diz respeito a um processo social, e tal qual nos referimos no campo da saúde mental e atenção psicossocial, um processo social complexo. É preciso mudar mentalidades, mudar atitudes, mudar relações sociais. (AMARANTE, 2007, p. 71).

Para além de analisar a existência de um serviço, é necessário contextualizar onde ele está inserido: a rede de atenção psicossocial de Niterói possui suas especificidades, que produzem e são produzidas pelos serviços de saúde mental. Assim, darei atenção a

essas características e mais contundentemente a uma reflexão sobre o lugar do Hospital Psiquiátrico nessa rede, dada a centralidade que ele ainda possui. Localizar o Centro de Convivência em seu tempo e espaço, olhar para seu percurso, será fundamental. Para isso, recorro as informações e análises provenientes das entrevistas com Franklin Torres, coordenador-técnico do CeCo de Niterói entre 2011 e 2015, e coordenador geral entre 2015 e 2017, e Pedro Gabriel Delgado, coordenador nacional de saúde mental entre 2000 e 2010, e também da dissertação de mestrado intitulado “Trajetórias, acusações e sociabilidade: uma etnografia em um Centro de Convivência para pacientes psiquiátricos”, de Silvia Monnerat, apresentado no programa de Antropologia Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Monnerat teve como orientador Gilberto Velho e pesquisou especificamente o Centro de Convivência de Niterói, só que em 2008, quando o serviço tinha uma lógica de trabalho diferente da que tem hoje.

2.1) O surgimento dos CeCos e a portaria 396 de 2005

No Brasil, desde o final de década de 80, começam a surgir dispositivos chamados Centros de Convivência, principalmente nos municípios de São Paulo, Campinas e Belo Horizonte, construindo alguns modelos diferentes entre si. Segundo Ferigato (2013), São Paulo tem um processo de gestão intersecretarial, que avança desde o começo da implementação dos CeCos, envolvendo as secretarias de saúde, meio ambiente, trabalho e cultura. Segundo Pedro Gabriel Delgado, São Paulo implementa um modelo de CeCo que pretendia ser o dispositivo de acolhimento e tratamento dos usuários. Já Campinas, implementa CeCos com uma perspectiva complementar à rede que já possuía de CAPS. No início dos anos 2000, Belo Horizonte cria também um modelo diferente daquele de São Paulo, complementar à rede de saúde mental, que funciona em uma articulação entre a rede de saúde mental e a assistência social. Em 2005, o Centro de Convivência ganha portaria nacional.

Segundo a portaria 396, de 7 de julho de 2005, os Centros de Convivência são “dispositivos públicos componentes da rede de atenção substitutiva em saúde mental, onde são oferecidos às pessoas com transtornos mentais espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cidade.” (BRASIL, 2005). Após esta ampla definição, aparecem dez diretrizes a serem seguidas pelos dispositivos abarcados nessa portaria. Porém, o que aconteceu na prática é que os Centros de Convivência espalhados pelas várias cidades do Brasil funcionam de formas diferentes, priorizando uma ou outra diretriz, e baseando os trabalhos em convicções que estão ligadas à história e à singularidade da rede de cada

município. O entendimento do que seria o melhor funcionamento de um Centro de Convivência já não era unanimidade antes da portaria e não passa a ser depois de sua publicação. Uma semana depois da publicação da portaria, ela é suspensa pelo Ministério da Saúde; seis meses depois, é revogada.

Na Portaria 396, uma das considerações colocadas como base para as diretrizes é o documento elaborado a partir das discussões ocorridas na Oficina “Centros de Convivência: Diálogos entre as experiências dos municípios”, evento realizado pela Prefeitura de Belo Horizonte e o Ministério da Saúde, em 25 de fevereiro de 2005. Pedro Gabriel Delgado¹⁴, então coordenador de saúde mental, em entrevista concedida a mim em janeiro de 2018, falou sobre a proposta dessa oficina:

Nós fizemos o seguinte no Ministério da Saúde: bom, a experiência aqui é muito pequena, mas quem tem essa experiência? São esses três municípios. Então foi feita uma oficina em Belo Horizonte chamando, na medida do possível, todos os serviços desses municípios. Com base nessa oficina se construiu um documento que é um documento que consiste em dizer o que seria um Centro de Convivência, quais são as atividades que ele pode desenvolver, como ele se distingue de um dispositivo de tratamento mesmo, de um CAPS, se ele tem alguma coisa de específica. Por exemplo, quando alguém que é um músico está dentro de um Centro de Convivência, ele é contratado por esse Centro de Convivência para fazer oficinas de música, para fazer atividades musicais. Qual é a natureza dessa atividade que ele está fazendo? Tinha essa discussão na época. Ele está fazendo uma atividade terapêutica? E a discussão é interessante porque nessa oficina participaram esses tipos de oficineiros, eram bons profissionais que foram contribuir, era um momento de grande participação no campo da saúde mental. E, por exemplo, os músicos que coordenavam atividades musicais nos Centros de Convivência diziam assim: eu não tenho dúvidas do que eu faço, eu faço música. Agora, por que também predominou esse tipo de discurso em que a atividade cultural não era subsumida à atividade terapêutica? Porque isso correspondia à experiência desses Centros de Convivência e também porque a coordenação dessa atividade já buscou construir uma especificidade do que seria esse Centro de Convivência. (DELGADO, 2018)

Essa especificidade, se não gerou uma unidade entre os CeCos a partir da portaria – e claramente não gerou – definiu pelo menos um traço em comum: a ideia do serviço ser complementar aos serviços de tratamento, essa proposta de não ter atividades consideradas terapêuticas *stricto sensu*. Aquela proposta do CeCo de São Paulo, por exemplo, em que o papel era de acolhimento e tratamento, deixou de existir. Isso não

¹⁴ Entrevista realizada pelo autor com Pedro Gabriel Delgado no dia 02/02/2018. A íntegra da mesma está anexada ao final do trabalho. Nas próximas citações dessa mesma entrevista, colocarei somente o nome do entrevistado.

significa que todos se sentiram representados pela portaria. Segundo Franklin Torres¹⁵, coordenador do Centro de Convivência de Niterói,

[...] o que entrou em conflito foram espaços que funcionavam parecido com o nosso de Niterói e espaços que pareciam muito com outra coisa que tava acontecendo lá no Rio, no Pedra Branca e no Trilhos do Engenho. Que eram as oficinas dentro do espaço. Quem tava no funcionamento como o nosso de agora, não se sentiu representado pela portaria. Falou: “Isso não cabe. Eu não acho que minha equipe tem que ser composta dessa forma.” Começaram a aparecer divergências ali. Se eu não me engano, o embate foi entre São Paulo e Minas. Parece que o pessoal de Campinas, por exemplo, tem uma prática muito parecida com a nossa. E essa portaria sai por Minas. Então foi alguma coisa do encontro dos Centros de Convivência em Minas. Outros Centros de Convivência de outros estados não se sentiram representados. Então teve um conflito. (TORRES, 2017).

A pouca quantidade de escritos que temos sobre Centros de Convivência não nos mostra as razões da revogação da portaria. Olhando para essas diferenças de propostas e a não representatividade da portaria para algumas delas, começa a parecer que poderia haver alguma relação entre esse possível conflito e a curta duração da portaria. Apesar dessa impressão, Delgado esclarece que a revogação nada tem de relação com o conteúdo da portaria. Apesar de apontar uma fraqueza nela, que diz respeito à ausência da definição de forma de financiamento, ele alega que o verdadeiro motivo da revogação foi estritamente político: naquele contexto, há uma mudança importante no Ministério da Saúde.

Ela [a portaria] foi publicada e logo depois derogada, não por conta do seu conteúdo ou do seu objeto, ou do seu tema, foi porque várias normas daquele período foram derogadas porque houve uma mudança na gestão do Ministério da Saúde que não foi só do gestor, mas houve uma mudança na política importante. [...] Elas foram suspensas para serem avaliadas, para serem reavaliadas. Já foi no contexto de mudança da gestão. Não foi pelo tema. Mas é claro que, em muitos aspectos, não foi também uma portaria considerada prioritária. Porque talvez ela pudesse ter retornado logo. Não foi considerada prioritária e como ela não definia despesas foi considerada uma portaria que não se sustentava porque não definia o financiamento, embora os estudos prévios que tínhamos feito mostraram claramente que era um dispositivo de custeio baixo. Mas ele era estranho à rede, era uma novidade, e como novidade ele teve dificuldade em se afirmar depois. (DELGADO, 2018).

Em 8 de julho de 2005, um dia depois da publicação da portaria do Centro de Convivência, há uma troca oficial de ministro da saúde: sai Humberto Costa (PT) e entra

¹⁵ Entrevista realizada pelo autor com Franklin Torres no dia 19/06/2017. A íntegra da mesma está anexada ao final do trabalho. Nas próximas citações dessa mesma entrevista, colocarei somente o nome do entrevistado.

José Saraiva Felipe (PMDB). Uma mudança na direção política faz com que várias portarias sejam revogadas e, entre elas a 396, do Centro de Convivência, o que aumenta a dificuldade de criação de alguma forma de financiamento para o dispositivo. Desde então, os CeCos se desenvolvem muito em função das especificidades da rede em que se encontram e de acordo com as ideias da equipe que está ali, certas vezes mais fiéis à extinta portaria, outras nem tanto.

Se observarmos toda a dinâmica de funcionamento dos Centros de Convivência, perceberemos que as propostas são menos polarizadas do que múltiplas. No caso, essa ideia de dicotomia surge a partir de um ponto de vista do CeCo de Niterói: de um lado, quem faz propostas de atividades/oficinas dentro do espaço físico de um CeCo e, de outro, quem não faz, ou melhor, quem faz apenas atividades externas ao serviço. Essa dicotomia será explorada ao longo do capítulo. Quando cito trabalho interno, me refiro a oficinas, grupos de fala ou qualquer outra atividade que o CeCo realiza dentro de suas dependências, em um espaço geográfico destinado à saúde mental. Já o trabalho externo remete à participação em eventos, visita a espaços culturais, cursos em outras instituições ou atividades em espaços públicos. De fato, a partir dos escritos já produzidos sobre o assunto, é possível perceber que em algum momento todos fazem algum tipo de trabalho interno, como veremos nos exemplos a seguir.

2.2 As diferentes propostas de CeCos pelo Brasil

Em pesquisa feita em 2010, Elisângela Braga de Azevedo analisa alguns dispositivos da rede extra-hospitalar de Campina Grande(PB). A descrição do único Centro de Convivência da cidade aparece da seguinte maneira:

O Centro de Convivência e Cultura “Artes e Ofícios”, outro dispositivo da rede de atenção à saúde mental foi inaugurado em junho de 2007. O local foi criado com o objetivo de proporcionar aos usuários da Saúde Mental e seus familiares um espaço onde são ministrados cursos de música, oficinas de educação artística, pintura em tela, entre outras atividades, resgatando a autoestima e a cidadania (AZEVEDO, 2010, p. 41).

Esse Centro de Convivência de Campina Grande é criado após a portaria e claramente baseado mais integralmente nela. A portaria 396 diz que a equipe a integrar o serviço deve contar com oficinairos, artistas plásticos, músicos, atores, artesãos (BRASIL, 2005). Isto é, forneceria cursos, oficinas e capacitação aos usuários. Já o Centro de Convivência “Cuca Fresca”, criado em 2012 em Goiânia, segundo a pesquisa de Marla Borges de Castro em 2014, tem proposta distinta. Um dos seus objetivos,

segundo seus técnicos e usuários, remete ao termo ‘convivência’, que aí aparece tanto como o estar naquele espaço geográfico interno fazendo atividades, quanto na cidade:

Por conseguinte, segundo eles, é preciso promover espaços de convivência e de sustentação da diferença na comunidade. A interação com os demais dispositivos da cidade é apontada como facilitador da construção de vínculos afetivos e solidários e incentivador da construção de rede de apoio aos usuários. (CASTRO, 2014, p. 63).

Se em Campina Grande (PB), Goiânia(GO) e Niterói(RJ) há apenas um Centro de Convivência por município, São Paulo, Campinas e Belo Horizonte aparecem com números mais expressivos: segundo estimativa do Ministério da Saúde realizada em 2008 (FERIGATO, 2013), quase dez anos atrás, São Paulo possuía 19, enquanto Belo Horizonte 9. Campinas, segundo levantamento de Ferigato em 2013, contava com 12 CeCos no município.

Todo o estado do Rio de Janeiro tem apenas 5 Centros de Convivência: o “Oficinas Integradas”, de Niterói; “Pedra Branca”, em Jacarepaguá; “Trilhos do Engenho”, no Engenho de Dentro; “Cecozo”, na Zona Oeste, e o Centro de Convivência Paula Cerqueira, da cidade do Carmo. De acordo com o coordenador do CeCo de Niterói, até hoje foi organizado apenas um encontro reunindo quatro desses centros (Carmo não estava representada) para discutir semelhanças e diferenças no que estava sendo feito nesses lugares razoavelmente próximos. Segundo Torres:

Tem uns três, quatro anos. E não teve nenhum outro. Quando a gente se encontrou com esses Centros de Convivência a gente viu, primeiro, que a nossa equipe, que a gente acha que é muito pequenininha, é gigante. Os outros CeCos têm duas pessoas na equipe. O Cecozo é uma psicóloga e uma estagiária, essa é a equipe. Outra coisa que a gente viu foi um estranhamento enorme deles com a gente investindo na coisa do trabalho. Nós somos o único CeCo do Estado do Rio que faz alguma coisa com a questão do trabalho, com a geração de renda. Os outros, nenhum tem geração de renda. Só o nosso tem atividade de geração de renda, inclusão no mercado formal, bolsas de trabalho. Eles estranharam demais. Inclusive brigaram: “Centro de Convivência e Cultura não tem que ter nada de trabalho, isso é outra coisa. Tem que ser cultura, lazer, não é pra pensar nisso.”. Ou seja, a gente destoou demais deles. E não teve uma regularidade de encontros. (TORRES, 2017).

Além desse elemento distintivo do CeCo de Niterói (a existência de um núcleo para pensar o habitar a cidade também pelo ato de trabalhar, e não só pelo lazer ou por aspectos culturais, o que o aproxima com atuais propostas dos CeCos de São Paulo, por exemplo), Torres apontou para a existência de um trabalho mais voltado para atividades

ainda muito internas nos outros CeCos do estado do Rio. Em relação ao CeCo de Carmo, Torres afirma:

Carmo é uma referência em desins (desinstitucionalização), uma referência pra Residências Terapêuticas(RTs), desins. Tinha um manicômio lá que era o Teixeira Brandão. Era um hospital-colônia gigante e a desins lá completou 100%, enfim... E tem esse Centro de Convivência. O Centro de Convivência de Carmo passou a funcionar de um outro jeito a partir do nosso Centro de Convivência de Niterói. Muito recente. Eles viram um vídeo, o vídeo do Canal Saúde. (...). O coordenador de Saúde Mental de lá, eu tenho um contato com ele. E ele falou que estava pra fechar o Centro de Convivência de Carmo. Que eles já não viam sentido naquilo, funcionava fazendo várias oficinas. E aí ele pegou aquele nosso vídeo e mostrou na reunião de coordenadores do município e falou que todo mundo tinha que fazer um trabalho parecido com esse. (TORRES, 2017).

O vídeo¹⁶ citado foi uma gravação que ocorreu em 2016, parte do programa “Canal Saúde na Estrada”, do Canal Saúde, da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Durante uma semana, gravaram algumas atividades e depoimentos a partir do trabalho do Centro de Convivência de Niterói.

Para além desse exemplo do CeCo de Carmo, que percebe como um trabalho mais possível e interessante esse que envolve o social, ultrapassando as oficinas exclusivas para os usuários dentro de ambientes fechados, atualmente a direção do “Trilhos do Engenho” parece seguir o mesmo caminho. No artigo “Centro de Convivência e Cultura: diálogos sobre autonomia e convivência”, de 2016, Alvarez, Silva e Oliveira trazem uma pesquisa no CeCo "Trilhos do Engenho", em que fazem uma construção teórica sobre autonomia e convivência, mas também mostram um trabalho que cada vez mais se propõe a habitar a cidade. Além disso, levantam o debate sobre o Centro de Convivência ainda se localizar dentro do Instituto Nise da Silveira, o que há poucos anos, no único encontro dos CeCos do Estado, segundo Torres, parecia um debate ainda distante de acontecer. É importante colocar que essa direção de fazer oficinas internas ainda é baseada na portaria, que prevê esse tipo de funcionamento:

[...] certamente o modelo que se pensava nesse período de 2005 era de um serviço que pudesse realizar as atividades ali, oficinas. Eu sei que essas atividades que vocês fazem são atividades que não têm essa característica de ter as oficinas. Não era o que estava proposto na época. Não era essa a experiência que tínhamos na época. Mas poderia ser um desdobramento posterior. Eu acho que a história desse dispositivo é uma história que foi interrompida. Não dá para dizer que o que foi proposto na portaria de 2005 tomou tais configurações porque de fato ficou meio fora da rede. (DELGADO, 2018).

¹⁶ Disponível em https://www.youtube.com/watch?v=qHm9_6uxgLs

Sem abandonar as atividades no interior geográfico do serviço, mesmo com as variadas diferenças de funcionamento pelo Brasil, hoje parece haver uma tendência a um trabalho que explore cada vez mais também os espaços externos aos serviços de saúde mental. Em Niterói, a partir da história do serviço, há um gradual encerramento das atividades internas, com a ideia de um trabalho de diálogo mais constante com a cidade.

2.3 A Rede de Saúde Mental de Niterói

Antes de aprofundar a proposta do Centro de Convivência de Niterói será necessário entender como funciona a rede de saúde mental do município e alguns de seus dispositivos. Os serviços que a compõe são os seguintes:

8 Residências Terapêuticas(RTs), espalhadas pelos seguintes bairros: Charitas, Ingá, Centro e Pendotiba.
CAPS Herbert de Souza (localizado no centro da cidade, CAPS II)
CAPS Casa do Largo (localizado em São Francisco, CAPS II)
CAPS AD (Álcool e outras Drogas) da Alameda (localizado no Fonseca)
CAPS Infantil Monteiro Lobato (localizado no Vital Brazil)
Centro de Convivência e Cultura (No centro da cidade)
Ambulatório Carlos Antônio da Silva (centro)
Ambulatório Sérgio Arouca (Vital Brazil)
Ambulatório da Engenhoca
Ambulatório de Pendotiba
Ambulatório de Itaipu
ERIJAD (Equipe de referência infanto-juvenil para ações de atenção ao uso de álcool e outras drogas)
UAI (Unidade de acolhimento infanto-juvenil)
Hospital Psiquiátrico de Jurujuba [que fica em Charitas e tem uma série de serviços internos: emergência(Serviço de Intercepção e Intercorrência/SRI), enfermarias feminina e masculina, enfermaria de longa permanência(Albergue), enfermaria referente a casos de álcool e outras drogas(SAD), Núcleo de Atividades Coletivas para quem está internado(NAC), Ambulatório de Jurujuba.]

Entendendo que os lugares são espaços significados, fica a questão: como esses espaços são significados e viram lugares para os usuários? E mais, o que entendemos

como serviço de atenção psicossocial? Necessariamente eles são reduzidos aos seus respectivos espaços físicos? Em uma cidade que ainda possui um Hospital Psiquiátrico como centro do trabalho com os portadores de transtornos mentais, há diferentes opiniões sobre seu papel e efetividade no cuidado, com ideias de processos de ressignificação desse espaço misturadas com outras que pretendem valorizar dispositivos substitutivos. O site da Fundação de Saúde de Prefeitura¹⁷ possui uma área que descreve a rede de saúde mental, espaço cuja última atualização foi em 2009. Ali consta:

Nosso carro chefe é o Hospital de Jurujuba no bairro de Charitas e que conta mais de sessenta anos de serviços prestados à cidade de Niterói, tendo sido palco da formação de nomes de vulto na Psiquiatria/ Saúde Mental Fluminense. Já funcionou nos moldes dos grandes manicômios com estrutura asilar e de instituição total/fechada. Foi atingido pelos bons ventos de uma ideologia e práticas que pregam modalidades de tratamento mais humanizadas e afinadas com movimentos de direitos humanos e dos trabalhadores em saúde mental, abertura política e redemocratização e que culminaram com abordagens ampliadas de cuidado, respeito e cidadania para com o doente mental.

Essa descrição do site, apesar de desatualizada, reflete o discurso atual de muitos trabalhadores do hospital e da rede: o hospital teria sido atingido “por bons ventos” que o salvaram de ser um manicômio. Esse é um tema que precisa ser melhor analisado.

“Por uma sociedade sem manicômios”: esse é o slogan que aparece em várias campanhas da chamada Luta Antimanicomial, que tem o dia 18 de maio¹⁸ como marco. Nessa data acontecem manifestações em todo o país buscando tornar visíveis para a sociedade questões que ainda são pouco discutidas em esferas externas à psiquiatria. Mas afinal, o que é o manicômio? Mais do que um espaço geográfico, essa palavra representa uma lógica instituída. Muitas vezes, ouvimos de profissionais da rede de saúde mental que é preciso estar atento para não transformar o serviço substitutivo ou a própria rua em um mini (ou mega)-manicômio. Não por características físicas, mas pela “cultura manicomial”¹⁹, que traz traços que vamos analisar a seguir. Entretanto, para além dessa possível transposição – o manicômio estar presente de alguma maneira em outros espaços -, aparece também uma transposição inversa: ao abrir as portas do Hospital Psiquiátrico e mudar determinadas práticas, em alguns casos começa a existir um esforço para

¹⁷ http://www.saude.niteroi.rj.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=121&Itemid=94

¹⁸ 18 de maio foi o dia que aconteceu o Congresso Nacional de Trabalhadores da Saúde Mental, em Bauru(SP) no ano de 1987, e onde surgiu o Movimento Nacional de Luta Antimanicomial. Desde então, é considerado o Dia Nacional da Luta Antimanicomial.

¹⁹ Observei durante os três anos que trabalho no Centro de Convivência esse termo sendo usado por técnicos da rede, principalmente em reuniões de equipe.

ressignificar aquele espaço (agora físico), e assim se afirmar que o que era um manicômio já não é mais e por isso não precisa acabar.

No caso de Niterói, isso pode ser ilustrado pela fala de pacientes pedindo para ficar ali dentro, algumas vezes chamando o HPJ de “Spa” – em substituição àquela instituição que era conhecida e reconhecida pelo eletrochoque e pela camisa de força. Junto com esse discurso de um ou outro paciente, se destaca o apego dos técnicos ao hospital e começa a acontecer uma espécie de militância a favor desse espaço. A ideia de não fechar as portas e fazer, por exemplo, atividades culturais abertas à comunidade, vira direção clara de trabalho, para além de um hospital que acolhe crises. O tão falado trabalho territorial continua no discurso, só que o hospital, diferente de um momento anterior, é considerado o território. Segundo Haesbaert (2007), o termo território tem uma dupla conotação, que remete a dominação e apropriação. Apenas no sentido de controle, de dominação, de tentativa de moldar um espaço “unifuncional” é que um hospital psiquiátrico desenvolve um suposto papel territorial, no sentido de que passou por uma territorialização, instituindo limites que não são simples de serem quebrados.

(...) é interessante observar que, enquanto “espaço-tempo vivido”, o território é sempre múltiplo, “diverso e complexo”, ao contrário do território “unifuncional” proposto e reproduzido pela lógica capitalista hegemônica, especialmente através da figura do Estado territorial moderno, defensor de uma lógica territorial padrão que, ao contrário de outras formas de ordenação territorial, não admite multiplicidade/sobreposição de jurisdição e/ou de territorialidades (HAESBAERT, 2007, p. 21).

Toda essa problemática gera disputas na rede de saúde mental e precisa ser pensada com toda sua complexidade. Basaglia, em “A destruição do hospital psiquiátrico como lugar de institucionalização”, usa o termo “gaiola de ouro”, oportuno para disparar um debate interdisciplinar que precisa passar pelas lógicas institucionais e pensar espaços e fronteiras em movimento:

Lugar de institucionalização e de alienação induzida, o Hospital Psiquiátrico corre, porém, o risco de transformar-se – com as novas medidas adotadas – em outro lugar de alienação, se for organizado como um mundo completo em si mesmo, no qual todas as necessidades são satisfeitas, como numa *gaiola de ouro*. O desaparecimento das contenções físicas liberou o enfermo do seu estado de sujeição à “força” contra a qual, de um modo ou de outro, ele se rebelava deliberada e pessoalmente. (...) A liberdade que o médico e o novo clima hospitalar lhe deram pode agora produzir um estado de sujeição ainda mais alienante, por estar mesclado a sentimentos de devotamento e gratidão que ligam o doente ao médico numa relação ainda mais estreita, mais sólida, mais profundamente mortificante e destrutiva (...). (BASAGLIA, 2005, p. 31).

Dizer que o hospital é organizado como um mundo completo em si mesmo não quer dizer que ele é mundial ou globalizado, obviamente. Segundo Milton Santos, “cada lugar é, a sua maneira, o mundo” (SANTOS, 2006, p. 213). A maneira de ser mundo do hospital psiquiátrico é o oposto de se tornar mundial pelo contato com os outros: isolada, a instituição perde sua comunhão com o mundo. Dando tudo o que o interno ou frequentador precisa, torna-se o Spa e, sem deixar de prender e institucionalizar, torna-se a “gaiola de ouro” (que de ouro não tem nada).

Como já vimos no capítulo um, os hospitais psiquiátricos são construídos em locais distantes do centro, isolados em determinadas áreas para não estarem incluídos em certas paisagens. Isso é uma das características que evidencia uma forte intenção de segregação. Pensados para proteger a comunidade de pessoas com hábitos “inadequados”²⁰, serviam para mantê-las afastadas. O que vemos hoje é um pouco diferente, mas não menos excludente: a definição da região, ou a di-visão²¹ ocorre a partir de um discurso de proteção e cuidado com esses sujeitos, para que pretensamente eles não corram riscos. Tendo um hospital atencioso e “humanizado”²², o louco tem um lugar para estar, não oferecendo riscos aos considerados normais e ao mesmo tempo não se arriscando em ruas tão perigosas. Com isso, fica evidente que o estigma que aponta a loucura como violenta e incapaz permanece e é reforçado, muitas vezes revestido de cuidado com o próximo. Para além disso, o “abrir as portas” do hospital certamente convidará pessoas para dentro da instituição, mas pessoas que já têm alguma relação com a loucura e de certo modo pretendam conviver com ela – mesmo que seja só naquele espaço/tempo definido para esse convívio pontual. Em contraposição, habitar a rua é estar em relação com quem não escolheu estar em contato. Essa é uma diferença crucial entre a convivência social e a institucional.

Uma das características da instituição – traço antigo que permanece – é a imposição de certas normas, como horários fixos para refeições, por exemplo, ou uso de

²⁰ “Adequação” e “inadequação” são termos problemáticos bastante usados quando a mediação entre os usuários da rede de saúde mental e os espaços externos é pensada. Serão mais desenvolvidos no capítulo 3.

²¹ Sobre região e o princípio de di-visão: “A etimologia da palavra região conduz ao princípio de di-visão, acto mágico, quer dizer, propriamente social, de *diacrisis* que introduz por decreto uma descontinuidade decisória na continuidade natural (...) consiste em ‘traçar fronteiras em linhas retas’, em separar o interior do exterior, o reino do sagrado do reino do profano, ‘o território nacional do território estrangeiro’, é um acto religioso realizado pela personagem investida da mais alta autoridade, o *rex* encarregado de *regere sacra*, de fixar as regras que trazem à existência aquilo por elas prescrito.” (BOURDIEU, 1989, p. 113)

²² Quando comparado ao manicômio que tinha como principal característica os maus tratos ao paciente, a palavra “humanizado” é frequentemente usada para caracterizar a pretensa nova lógica do hospital psiquiátrico.

uniformes para os internos. Ou mesmo ser o local onde todas as esferas da vida, e não só a médica, se conformam a partir do que está dado. Isso tudo tem uma marca comum: tira a possibilidade de escolhas do sujeito. Para pensar sobre isso, podemos resgatar Bauman que, em *Globalização: as consequências humanas*, faz uma contraposição entre o turista e o vagabundo em uma sociedade marcada pela mobilidade e pelo consumo. Segundo o autor, “todos nós estamos condenados à vida de opções, mas nem todos temos os meios de ser optantes” (BAUMAN, 1999, p. 90). Todos seriam nômades, mas o turista poderia escolher onde estar e o que consumir, enquanto o vagabundo seria um consumidor frustrado. Entendendo o hospício como um mundo à parte, onde ninguém está condenado à vida de opções, pensar no habitar de quem sai desse espaço – e falo de saúde pública, falo de usuários em sua esmagadora maioria com quase nenhum poder aquisitivo – é pensar nas possibilidades e disputas desse lado de fora e em vários tipos de exclusão que terão que lidar. Ser um vagabundo talvez condene o usuário da saúde mental à vida de opções – mesmo continuando sem meios de ser optante o tempo inteiro -, e possivelmente lhe exigirá escolhas subjetivas que um hospital psiquiátrico esquece que podem existir e, sendo assim, as anula completamente. Resgatemos Milton Santos (2006, p. 224): “Quanto mais instável e surpreendedor for o espaço, tanto mais surpreendido será o indivíduo”.

Por sua vez, Saraceno faz uma interessante oposição entre o “estar” e o “habitar” um espaço:

O estar tem a ver com uma escassa ou nula propriedade (não só material) do espaço por parte de um indivíduo, com uma anomia e anonimato do espaço em relação àquele indivíduo que no dito espaço não tem poder decisional nem material nem simbólico. O habitar tem a ver com um grau sempre mais evoluído de “propriedade” (mas não somente material) do espaço no qual se vive, um grau de contratualidade elevado em relação à organização material e simbólica dos espaços e dos objetos, à sua divisão afetiva com outros. (...) o manicômio (como o cárcere) é o lugar por excelência onde é negado o habitar e afirmado o estar (SARACENO, 1999, p. 114).

A resignificação do hospital psiquiátrico, mais especificamente do HPJ, é realizada com algumas rupturas e permanências. Para os defensores do cuidado a partir dessa instituição, o manicômio, nesse processo de deslocamento, é extinto no dito processo de humanização do hospital. Ao mesmo tempo, quando falamos em “gaiola de ouro”, fica a impressão que a lógica manicomial continua. As velhas e novas características institucionais desse espaço devem ser levadas em conta para entendermos esses distintos pontos de vista. A visão imposta, ou a di-visão apontada por Bourdieu(1989), segue acontecendo quando o manicômio se reformula?

O HPJ recebe pessoas em diferentes situações: a emergência psiquiátrica faz avaliações a partir de supostas crises, que podem culminar na entrada ou não para uma internação nas chamadas enfermarias de agudos. Além dessas, há a enfermaria de Longa Permanência, atualmente chamada de “Albergue”²³, e o Ambulatório de Jurujuba, que teoricamente funcionaria como os outros Ambulatórios Regionais²⁴, mas que inevitavelmente se confunde com a instituição em que está inserido. Pelas diretrizes da Reforma Psiquiátrica, a emergência e as enfermarias deveriam ir para uma estrutura substitutiva, que contaria com emergência e leitos em hospitais gerais, além de pelo menos um Centro de Atenção Psicossocial 24 horas (CAPS III) – recursos não disponíveis em Niterói.

Essa é uma discussão que não pode ser separada daquela que trouxe até aqui: quem defende a permanência do hospital aponta que, atualmente, essa é a única maneira de cuidado em determinadas situações com pessoas que tanto precisam. Só que, sendo assim, a militância não é pela construção – não apenas física/geográfica - de uma rede que possa dar conta do psicossocial para que o hospital possa ser extinto, mas sim pela continuação do hospital, *já que* não há uma rede que possa dar conta de determinadas demandas. Com a ameaça de destruição de grande parte do HPJ pela prefeitura para a construção de um túnel²⁵ – ameaça que se concretizou e foi arbitrária e agressiva – trabalhadores ficaram ainda mais fervorosos na defesa da instituição, protestando de várias formas. Um desses protestos aconteceu no 18 de maio de 2016, dia da luta antimanicomial: enquanto a rede decidiu estar presente no ato estadual da luta, que aconteceu em uma praça no Rio de Janeiro, o Ambulatório de Jurujuba convocou seus usuários para dar um abraço no hospital, onde algumas palavras de ordem foram gritadas, entre elas “O HPJ também é rede”.

Para além das internações, é importante pensar a quantidade de pessoas que frequentam um hospital sem estarem internadas. São essas que, no dia da luta *antimanicomial*, são convocadas a estarem dentro de um espaço que, dependendo do

²³ Há cerca de dois anos a enfermaria de Longa Permanência passou a ser chamada de Albergue. Trata-se do lugar onde moram pessoas que tiveram longas internações e que possuem poucos ou nenhum vínculo familiar/externo. A ideia é que seja uma moradia temporária, enquanto há um trabalho de desinstitucionalização para que essas pessoas possam morar em Residências Terapêuticas externas ao hospital.

²⁴ Uma das peculiaridades da rede de saúde mental de Niterói é a presença de Ambulatórios especializados, geralmente localizados em policlínicas regionais que têm determinada abrangência territorial.

²⁵ Ver <http://oglobo.globo.com/rio/bairros/obra-do-tunel-vai-demolir-58-de-hospital-psiquiatrico-de-jurujuba-12855832>, matéria do jornal O Globo sobre parte da destruição do HPJ e <https://goo.gl/Vb2HZn>, vídeo criado por profissionais e usuários do hospital em resposta a essa implosão.

ponto de vista, foi ou ainda é um *manicômio*, gerando uma contradição significativa. Estando confinadas em um hospital, necessariamente essas pessoas deixam de circular por outros espaços. É bastante curioso perceber que, em livro organizado em 2008, a então diretora-técnica do hospital escreve sobre uma ideia de desinstitucionalização que não existe mais hoje no HPJ e que se assemelha bastante ao que propõe o Centro de Convivência atual. Houve então uma certa inversão: enquanto trabalhadores do hospital psiquiátrico, que em 2008 pensam em um trabalho para fora, em 2017 convocam todos para dentro, o processo inverso atinge o Centro de Convivência:

Outro trabalho (do HPJ) dirigia-se a participação nos espaços culturais da cidade: não pretendíamos criar espaços específicos para serem frequentados por nossos pacientes, mas que eles tivessem acesso ao que já acontecia. (COSTA, 2008, p. 9).

Em “A miséria do mundo”, Pierre Bourdieu (2008) analisa a ocupação de alguns espaços a partir das condições que esse mesmo espaço exige para sua ocupação. Isto é, uma combinação entre capital econômico, capital cultural e capital social. Analisando lugares considerados mais seletos, o autor afirma que

[...] eles proporcionam capital social e capital simbólico, pelo *efeito de clube* que resulta da associação durável (nos bairros chiques ou nas residências de luxo) de pessoas e de coisas que, sendo diferentes da grande maioria, têm em comum não serem comuns (BOURDIEU, 2008, p. 165).

Esse ar de exclusividade aparece, nos bairros chiques, como o privilégio de possuir determinadas características que não são comuns a quem está fora dali. A contraposição que Bourdieu faz entre esse “bairro chique” e o “bairro estigmatizado” me intrigou quando tentei relacionar as características de apenas um dos dois à “gaiola de ouro”. Ela parece, sim, composta por elementos dos dois lugares, elementos que, nessa situação, não necessariamente são opostos: como o bairro chique, dentro do hospital psiquiátrico é *permitida* a participação do capital acumulado pelo conjunto dos frequentadores. Ou seja, no lugar feito para enquadrar o maluco, o que se espera e, mais que isso, o que se produz, é maluquice. Ao mesmo tempo, o hospício degrada os que o habitam e os priva de participar dos diferentes jogos sociais. “A reunião num mesmo lugar de uma população homogênea na despossessão tem também como efeito redobrar a despossessão” (BOURDIEU, 2008, p. 166). No lugar onde alguns tipos de atitude são *permitidos*, vira talvez o único lugar onde há essa permissão e, com efeito, o espaço onde isso aparece cada vez mais. Ao mesmo tempo, dentro desse espaço, mesmo sem os maus tratos característicos de fases anteriores do hospício, os recursos e responsabilidades que

cada usuário tem desaparecem na tutela castradora que trata as pessoas a partir de um lugar em que elas não precisam acionar recursos e responsabilidades. É o lugar onde é permitido ser louco, e *só é permitido ser louco*.

A tutela é uma forma de dominação marcada pelo exercício da mediação e ancorada no paradoxo de ser dirigida por princípios contraditórios que envolvem sempre aspectos de proteção e repressão, acionados alternativamente ou de forma combinada segundo os diferentes contextos e os distintos interlocutores. (OLIVEIRA, 2014, p. 127).

No capítulo 3, desenvolverei melhor o conceito de tutela a partir das situações vividas, de forma que não se limite a essa tutela castradora, analisando sua relação com a produção de autonomia pelos usuários. Assim como a tutela envolve elementos que tornam paradoxal, como a proteção e a repressão, estar no hospício contemporâneo pode ser, ao mesmo tempo, privilégio e degradação, liberdade e cárcere, congregação e segregação. Nesse sentido, fazer uma análise através de uma normatização – cultura manicomial – é importante, principalmente para entender como se propõe essa desconstrução de valores e costumes que obviamente não são naturais nem fixos, mas às vezes são naturalizados e fixados. A partir do momento em que expressa significados coletivos, “a expressão ‘instituição cultural’ é uma tautologia, pois não existem instituições não culturais” (EAGLETON, 2011, p.57).

Abrir as portas não garante o fim da divisão, da fronteira, pois o dentro existe na relação com o fora. Ao chamar pessoas para dentro, para o confinamento, automaticamente elas não estão nas trocas sociais de outros espaços, que acontecem de forma distinta ao que acontece no hospital psiquiátrico.

É necessário pensar mais especificamente também o que chamamos de lado de fora, sabendo que esse é formado por territórios de muitas disputas e negociações. Saraceno (1999) afirma que o manicômio é, por excelência, o lugar do “estar”. Só que “manicômio” passa por uma lógica que pode também estar presente em outros espaços físicos. Então, mais do que estar na cidade, como habitá-la? Não acredito que possa ser sem mudanças dos dois lados – do usuário e da sociedade.

Pode-se ocupar fisicamente um habitat sem habitá-lo propriamente falando se não se dispõem dos meios tacitamente exigidos, a começar por um certo hábito. Se o habitat contribui para fazer o hábito, o hábito contribui também para fazer o habitat através dos costumes sociais mais ou menos adequados que ele estimula fazer. (BOURDIEU, 2008, p. 165).

Afinal, o que é a cidade? Segundo Milton Santos (2006, p. 216), “é o lugar onde há mais mobilidade e mais encontros”. Para habitá-la, será imprescindível estar em sua construção e, para isso, é necessário não entendê-la como representação congelada, mas sim como redes entrelaçadas que formam uma história múltipla, sem autor nem espectador, “formada em fragmentos de trajetórias e em alteração de espaços” (CERTEAU, 1994, p. 171).

Quando refletimos sobre a ressignificação do hospital como algo que não quebra com seu caráter institucional e continua excluindo seus usuários, fica a questão de por que na cidade essa também ressignificação não teria papel semelhante. Mesmo sempre em disputa, os vários lugares da cidade permitem mais possibilidades de invenções, escolhas e trocas em meio a suas múltiplas territorialidades, que aparecem em sentido mais fluido que a territorialização do hospital; possibilitam mais trocas através da cultura viva que a instituição hospitalar sempre barra, fechando sentidos que não são naturalmente fixos. Entendendo que “a cultura, forma de comunicação do indivíduo e do grupo com o universo, é uma herança, mas também um reaprendizado das relações profundas entre o homem e o seu meio” (SANTOS, 2006, p. 221), a constante reconstrução da cidade será feita nas relações sociais e só nelas é que poderá estar inscrita a ideia de mediação proposta pelos serviços substitutivos.

A centralidade do hospital na rede fica muito clara e por essa razão damos a ela espaço importante de análise, claramente não sem críticas. Cabe ainda destacar que, necessariamente, os serviços substitutivos estarão incluídos de alguma maneira em todos os projetos do Centro de Convivência. A luta antimanicomial pensa também em como efetivar a proposta desses serviços, não os deixando ser uma outra espécie de manicômio, com lógica parecida ao que acontece em um hospital psiquiátrico. Apesar desse esforço, muitas vezes vemos que o trabalho psicossocial necessita ser lembrado o tempo inteiro. O que acontece é que em determinados casos o usuário vai ao CAPS para passar o dia, para almoçar, e o trabalho se resume a isso.

É importante ressaltar que a rede de saúde mental de Niterói convive com muitos problemas estruturais que afetam diretamente o funcionamento dos serviços. A falta de medicação é a que mais aparece²⁶, mas, para além disso, em 2016 o CAPS infantil ficou meses sem ter um espaço para funcionar; vários usuários estão sem passe livre, um direito conquistado que muito contribui para a atenção psicossocial; os vínculos empregatícios

²⁶ Ver <https://goo.gl/LnkeHU>

são precários na rede, com poucos servidores públicos e uma maioria de trabalhadores com contratos temporários que têm salários abaixo da média (até 2005 era o RPA²⁷, que foi substituído por um contrato a partir de uma seleção pública que pouco melhorou as condições do trabalhador), o que acarreta uma rotatividade dos profissionais prejudicial à construção do trabalho.²⁸

Levantado o debate sobre várias questões que aparecem na peculiaridade da rede de saúde mental de Niterói e tendo como base a portaria e o funcionamento de Centros de Convivência pelo Brasil, é necessário trazer agora a história e a proposta atual do Centro de Convivência e Cultura de Niterói.

2.4 O CeCo de Niterói: construção de histórias e propostas

O percurso inicia em 1996, quando quatro técnicos de enfermagem da enfermaria feminina do HPJ começam a propor oficinas às usuárias daquele espaço, dada a ociosidade característica da enfermaria. Aos poucos, esse projeto vai transgredindo determinados espaços físicos: começa a acontecer fora das enfermarias, mas ainda dentro do hospital e, “em uma tendência progressiva de se desvincular do hospital, ganharam, no ano de 1999, espaço em uma casa anexa” (MONNERAT, 2008, p. 16). A transição desse projeto criado, denominado apenas “Oficinas Integradas”, para o Centro de Convivência, não fica clara temporalmente – em 1999, por exemplo, ainda não há a junção dos nomes - mas está relacionada à saída do hospital e ao surgimento da Portaria 396. Na época da pesquisa de Monnerat, ainda funcionava em casa anexa ao HPJ. Na descrição do serviço, é possível fazer uma associação com as funções de um CAPS: havia técnicos de referência para cada usuário, que o auxiliavam em funções como tirar documentação ou ir ao banco, por exemplo, ao mesmo tempo em que existiam oficinas de geração de renda e reuniões para falar sobre temas amplos. Segundo Monnerat (2008, p. 23), “(...) os pacientes passam o dia fazendo oficinas de atividades e sociabilizando com outros usuários”.

Apesar de ter sido criado antes da Portaria, Monnerat afirma que em 2008 “o Centro de Convivência já funcionava segundo o especificado na Portaria 396, mesmo não

²⁷ Recibo de Pagamento Autônomo.

²⁸ Em 2015, inclusive, aconteceu uma paralisação da rede por conta dessa precarização, organizada por dois movimentos sociais que se reúnem com certa regularidade e que brigam por essas questões, como também brigam pelas questões do HPJ: o Fórum de Trabalhadores e a AUFA (Associação de Usuários, Familiares e Amigos da saúde mental). Ver <https://goo.gl/LbNnho>. Em 2017 se organiza um outro movimento social, com pessoas da rede de saúde mental mas também militantes da luta antimanicomial de fora da rede, que se denomina Niterói Sem Manicômios, com críticas mais diretas ao HPJ.

estando, ainda, regulamentado enquanto tal junto ao Governo Federal.” (Id., *ibid.*, p. 30). Sabemos que seria impossível tal regulamentação, como também é hoje, por conta da revogação da própria portaria.

Antes de fazer uma descrição e análise da proposta atual do serviço, relatarei como se deu o meu envolvimento com o Centro de Convivência de Niterói. Quando comecei a trabalhar no CeCo, no início de 2014, a localização não era a mesma de 2008. Já havia saído do hospital, não era mais uma espécie de setor do HPJ, mas mesmo assim seguia sendo muito próximo, em um espaço dividido com o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) de Charitas, serviço ligado à Secretaria de Assistência Social da Prefeitura de Niterói. Essa transição de espaço, que aconteceu em 2012, envolveu um trabalho com cada usuário e também com as equipes dos serviços de referência de cada um, principalmente com os CAPS. Franklin Torres foi contratado nessa época para fazer especificamente esse trabalho de transição:

Então a gente tentou cuidar de cada paciente que tinha aquele lugar como lugar importante na vida. Pra gente pensar como aquilo poderia ser importante de um outro jeito. Então, quem só almoçava lá, poderia almoçar no CAPS? Era o caso mesmo? A gente chamava familiar, vários arranjos a partir disso. Então foi com muito cuidado que essa transição foi feita e eu posso dizer que fiquei mais de um ano conversando, tratando de casos com essas equipes. Alguns casos, de fato, as equipes conseguiram tomar ali o cuidado, em outros não. Outros ficaram perdidos, de fato a vida piorou muito com a ausência daquele espaço das Oficinas Integradas. (TORRES, 2017)

Quando entrei, a discussão sobre a localização era recorrente e a equipe já avaliava que, para atingir os objetivos pretendidos, seria necessária uma sala, apenas como função de escritório, longe do hospital psiquiátrico e preferencialmente em uma área central da cidade, para ter uma possibilidade maior de acesso a moradores de diferentes bairros. Essa sala serviria para receber usuários para inscrição em uma primeira vez, para fazer reuniões entre os técnicos, guardar objetos e realizar trabalhos mais administrativos.

Diferente de 2008, já existia uma ideia de trabalho que não fosse interno, sem oficinas e tentando aproveitar o que a cidade já tem de recursos. Esse trabalho não foi transformado radicalmente de uma hora para outra, conforme explicação dada por Torres:

A gente não tinha essa ideia de que podia funcionar em uma salinha. Isso foi avançando. A gente sabia que precisava de um espaço fora do hospital, mas um espaço que ainda pudesse ofertar ali uma certa convivência.(...) Quando a gente vai pra esse outro espaço, ainda reproduz algumas atividades. Ainda tem artesanato, pintura, geração de renda faz lá dentro, culinária... Algumas atividades a gente tem. E aí, a partir da experiência, começamos a ver o quanto era importante estar fora. A gente não saiu de lá na certeza de que tinha que fazer tudo no

território, tudo em outros lugares que não fossem aquele estabelecimento de saúde mental. Não saiu. A coisa foi acontecendo. Isso não era uma direção clara (TORRES, 2017).

Na minha entrada, já observo que, em um trabalho em rede com serviços de tratamento, o Centro de Convivência não tem papel clínico *stricto sensu*, mas sim de mediação entre pacientes e a cidade, o que também podemos chamar de clínica ampliada - conceito ligado aos ideais da reforma psiquiátrica. Sobre isso, Leal aponta:

(...) sob essa perspectiva, o sujeito não se define exclusivamente por sua singularidade. As variações do modo hegemônico de descrever sua subjetividade na modernidade – a partir do corpo biológico ou psicológico – tornam-se insuficientes. Impõe-se a necessidade de levar em conta uma definição de sujeito que o considere como expressão da relação humano-social. (LEAL, DELGADO, 2007, p. 139)

Essa mediação proposta leva em conta também o conceito de autonomia, diferenciando-o de independência. Sob essa perspectiva, um maior grau de autonomia supõe a ampliação na rede de contatos, afetos, possibilidades da vida de cada um. Sendo assim, a autonomia estaria mais próxima de uma multiplicidade de dependências, descentrada, e não de uma ausência completa delas, de uma autossuficiência. Se as transições no CeCo não aconteceram de uma hora para a outra, nas considerações finais da etnografia que Monnerat fez em 2008 fica claro um dos motivos para uma progressiva mudança:

[...] os usuários do serviço contam quase que exclusivamente com as relações sociais estabelecidas dentro do Centro de Convivência, sendo possível, assim [...] afirmar que eles demonstraram possuir tanto um pequeno grau de autonomia, quanto uma pequena rede de relação.(MONNERAT, 2008, p. 90).

Teixeira Coelho (2008) faz uma interessante diferenciação entre uma política cultural instrumental e o *habitus*, conceito de Bourdieu que designa uma construção que faz com que o indivíduo e o grupo “perseverem em seu ser”, mesmo que seja de forma inconsciente, e assim homogeneiza certas práticas que se tornam previsíveis e parecem naturais. O dever da cultura, ou da política cultural, então, seria permitir ao indivíduo ou ao grupo não ficar estagnado no *habitus*. Teixeira, dialogando com Montesquieu, propõe que, ao invés de “perseverar no ser”, se amplie a esfera de presença do ser (COELHO, 2008, p. 31). Essa ideia de ampliação do ser remete diretamente ao que o atual Centro de Convivência propõe como rede para seus usuários. Para atingir a autonomia, é necessário ultrapassar a rede de serviços de saúde mental e criar vínculos com outros espaços da cidade. Ou seja:

Dependentes todos somos, seja da relação aos outros, seja da relação às diferentes formas de laço social. Nesse sentido, promover autonomia não estaria ligado à busca de uma independência, mas sim a multiplicação das dependências do cidadão louco, em âmbito social. Ou seja, desconstrói-se a dependência sumária do louco à tutela médica, potencializando-se sua autonomia numa rede ampliada de dependências no tecido social (QUINTELLA, FERREIRA, AMARAL, 2013).

A ampliação de dependências permite uma mudança em direção à autonomia e à criação de novos recursos para uma vida que ultrapassa o tratamento. A partir dessa ideia, parece imprescindível entender que não existe uma cartilha ou regras gerais para exercer a mediação proposta. Assim como se criam expectativas, também aparece como proposta deixar-se surpreender por aquele que deve ser o protagonista: o usuário. Para exemplificar, descreverei a seguir duas situações que ilustram o que vem sendo dito até aqui.

Em uma das reuniões sobre lazer do coletivo “Arte e Expressão à Vista”²⁹, grupo que pensa e realiza passeios e atividades culturais, os usuários estavam desanimados e sem sugestões de lugares em que gostariam de ir. Os mediadores questionavam o que havia perto da casa de cada um, lembravam de alguns passeios já feitos, tentavam provocar de certa forma que algo surgisse a partir de ideias do grupo que pudessem ser debatidas. Nesse dia nada foi possível, e a sugestão que veio de um dos técnicos foi que o grupo fosse, na semana seguinte, conhecer uma galeria de arte que fica dentro de um centro cultural, o Centro Cultural Abrigo de Bondes, e assim ficou combinado. Chegado o dia, se depararam com uma exposição bem pequena que não despertou interesse em ninguém. Assim, dez minutos depois da chegada todos já estavam querendo ir embora e os mediadores ficaram com certa sensação de insucesso. Antes da despedida, aconteceu uma pequena conversa com o grupo, em que foi colocada a questão: “Está cedo, ninguém conhece nada aqui perto que possamos fazer?”. Depois de certa insistência na pergunta, um dos membros do coletivo revelou que o serviço de tratamento dele algumas vezes o levava em um supermercado que ficava ali do lado onde davam café de graça. Fomos, a partir dessa sugestão, com o grupo, conhecer o café do supermercado Guanabara, no centro de Niterói. Nesse momento, aconteceu uma mudança na direção do grupo: quem liderou o caminho passou a ser o usuário que já conhecia aquele local, enquanto os técnicos seriam apresentados a isso. Chegando lá, pôde-se observar que algumas pessoas do grupo conheciam bem a moça do café e que já havia sido criada uma rede ali. O papel

²⁹ O “Arte e Expressão à Vista” será melhor descrito e trabalhado à frente, quando explicarei mais detalhadamente as atividades do Centro de Convivência.

da mediação dos técnicos do Centro de Convivência, nesse caso, foi conseguir ouvir e dar certo espaço para que aquele usuário pudesse apresentar aos demais uma possibilidade de lazer que não fosse no serviço de tratamento e nem na galeria de arte. Para além disso, foi pontuado para o grupo que eles podem voltar lá sempre, mesmo na ausência de um técnico especialista da saúde mental. A moça do café, que eles já conheciam, estaria lá.

O segundo exemplo é resultante dessa visita à galeria de arte também. Apesar de ninguém ter gostado da exposição, foram descobertos alguns cursos gratuitos que o centro cultural oferecia. Uma das pessoas que estava no grupo, então, se interessou por uma aula de dança. M. tem certa dificuldade de circulação na cidade e possui um leve retardo que complica seu entendimento de algumas coisas. Entendendo que essa dificuldade não era uma impossibilidade, a equipe do Centro de Convivência resolveu fazer essa aposta - um dos mediadores também se inscreveu na aula e começou a acompanhar M. Na medida em que M. foi conhecendo as pessoas – professora, alunos e funcionários do centro cultural – e se apropriando do espaço, o mediador foi se retirando. Depois de alguns meses, M. conseguiu passar a frequentar o espaço sem auxílio de nenhum técnico da saúde mental. Nesse caso, existiu todo um trabalho de aprendizado na maneira de ir e voltar para casa, além de uma certa transferência de mediação – outras pessoas começaram a ajudá-la quando surgia alguma dificuldade na dança. Esse trabalho foi considerado pela equipe do Centro de Convivência como bem-sucedido, pensando na autonomia também como ampliação de dependências. Deixar com que outras pessoas e instituições lidem e intermedeiem a relação da loucura com a sociedade aparece como parte importante e é sempre aspecto enfatizado nas reuniões da equipe do CeCo: a ideia de se permitir estar ausente em determinadas situações. Essa é a direção de trabalho que prevalece até hoje, mesmo que na prática sejam necessárias certas mudanças conforme o contexto e que nem sempre se atinja todos os ideais propostos.

Enquanto o espaço ideal não existia, o Centro de Convivência tinha, para além de um lugar administrativo, a chamada sala de atividades, que ficava aberta durante todo o dia. Assim, como herança das Oficinas Integradas, várias pessoas começaram a usar o espaço com a mesma função: passar o dia. Só que as atividades não aconteciam mais dentro do CeCo e, com isso, essas pessoas raramente as frequentavam. Algumas reuniões com os serviços de tratamento desses usuários foram feitas, justamente para pensar em conjunto qual era a demanda que estava surgindo ali – talvez fosse o caso de uma passagem para o CAPS, que poderia fazer um trabalho terapêutico durante o dia com essas pessoas, incluindo pontualmente as atividades do Centro de Convivência nos

projetos terapêuticos individuais. Os serviços de tratamento geralmente fazem esses projetos baseados justamente na importância de se estabelecer uma rede envolvendo outros espaços. No Centro de Convivência, como não há nenhuma atividade terapêutica stricto sensu, começa a se falar em auxílio nos projetos de vida de cada um. Assim, se aparece alguém com pedidos de aulas de pintura, por exemplo, a direção é procurar uma parceria de algum ateliê que já faz esse tipo de atividade para articular a ida dessa pessoa. Essa articulação pode acontecer de várias formas, dependendo do contexto específico de cada usuário: poder aquisitivo e possibilidade de frequentar sozinho, por exemplo, podem determinar como será feito esse trabalho. Como já dito anteriormente, a função do Centro de Convivência, então, passa a ser muito mais de mediador do que propriamente de ensinar ou propor atividades exclusivas para usuários da saúde mental.

Na fronteira entre repressão e proteção, no limite entre cuidado e imprudência. Encontro, fronteira e limite, locais de ação de um mediador. É primordial e complexa a prática da ideia de mediar, que nesse caso pretende aparecer principalmente na fronteira entre a tutela e a ausência, sem cair na tentação de tombar para um dos lados. O mediador está trabalhando sempre nas fronteiras culturais. Neste caso, não uso fronteiras como limites ou linhas que não podem ser ultrapassadas, mas sim como o que Angelo Serpa chama de lugar de “comunicação e interação” (SERPA, 2013, p. 178). Assim, questiono a função reducionista do mediador como a de dar acesso. Penso aqui como quem tem a proposta de ser um ator que tenta entender e agir para que a própria pessoa esteja se apropriando dos espaços e interferindo neles. Essa relação nas fronteiras, com outras pessoas e com os espaços, é construída no cotidiano. Desconstruir o cotidiano manicomial vira um dos principais desafios, assim como desconstruir o cotidiano urbano – onde são produzidas as representações, incluindo a segregação - a partir dessas fronteiras de interação. Uma das principais questões é se essa mediação funciona do jeito que descrevo nesse momento, do jeito que penso que é proposta.

O direito à mudança da cidade não é um direito abstrato, mas sim um direito inerente às nossas práticas diárias, quer estejamos cientes disso ou não.(...) Mas, ao contrário – e é aqui que a dialética retorna para nos assombrar -, a cidade nos faz sob circunstâncias urbanas que não escolhemos (HARVEY, 2013, p. 29).

A maneira de tentar mudar e disputar hegemonia, produção de representações e significados nunca terá uma receita para ser certa ou eficaz, justamente por estar agindo em territórios em constante movimento. A proposta passa por entender que o trabalho não é apenas com o usuário, de maneira que ele se incorpore ao que já existe, mas também

precisa ser com a cidade: “planejar a cidade é ao mesmo tempo pensar a própria pluralidade do real e dar efetividade a este pensamento do plural: é saber e poder articular” (CERTEAU, 2008, p. 172).

As maneiras como se dá a articulação entre cidadão, cidade e as culturas não são simples e não devem ser generalizadas - cada uma acontecerá de um jeito, que dependerá de uma série de especificidades. A mediação entre território e sujeito será processo fundamental na maneira que essa relação vai funcionar. As culturas serão transformadas e serão transformadoras a partir desse contato complexo em um espaço que está sempre em disputa e em construção.

“(…) a menção do seu impacto na ‘vida interior’ lembra-nos de outra dimensão que precisa ser considerada: a centralidade da cultura na constituição da subjetividade, da própria identidade e da pessoa como um ator social. [...] Até os mais céticos têm se obrigado a reconhecer que os significados são subjetivamente válidos e, ao mesmo tempo, estão objetivamente presentes no mundo contemporâneo – em nossas ações, instituições, rituais e práticas. A ênfase na linguagem e no significado tem tido o efeito de tornar indistinta, senão de dissolver, a fronteira entre as duas esferas, do social e do psíquico.” (HALL, 1997, p. 20)

Pensar o Centro de Convivência como mediador não significa impor ao serviço a obrigação de ser o único mediador. Ao contrário, a proposta faz perceber que a mediação pode ser justamente para estabelecer/encontrar outros atores sociais que exerçam o papel, justamente para exercer a clínica ampliada, em direção à autonomia, de acordo com os recursos de cada um. As maneiras de mediação terão características diversas que influenciarão no papel do Centro de Convivência.

(…) a mediação é um fenômeno fundamental não só ao estabelecer pontes entre diferentes, mas ao reinventar códigos, redes de significados e relações sociais, importante para a expansão e desenvolvimento de uma nova e mais complexa concepção de cidadania. (VELHO, 2010, p. 22).

Entendendo cidadania como algo que ultrapassa a instituição legal de direitos, e mais como uma concepção democrática que precisa ser construída no social, Dagnino segue a mesma linha de pensamento de Velho. Para ela, a construção da cidadania é

Um processo de aprendizado social, de construção de novas formas de relação, que inclui de um lado, evidentemente, a constituição do cidadão enquanto sujeito social ativo, mas também, de outro lado, para sociedade como um todo, um aprendizado de convivência com esses cidadãos emergentes que recusam permanecer nos lugares que foram definidos socialmente e culturalmente para eles. (DAGNINO, 1994, p. 109).

A proposta de mediação do Centro de Convivência passa necessariamente por essas questões. Para analisar a prática, será necessário ter como base a complexidade dos conceitos de mediação e cidadania. Visto isso, voltemos à história do Centro de Convivência.

Em 2015, com a construção do túnel Charitas-Cafubá pela prefeitura de Niterói, há a necessidade de acabar com o espaço físico onde o Centro de Convivência estava e, com isso, a urgência em achar outro lugar. Mesmo com a situação desenhada, a demora em achar outro espaço foi tamanha ao ponto de técnicos e usuários fazerem a mudança depois de literalmente o teto começar a ser destruído enquanto o serviço funcionava, preconizando o que aconteceria tempos depois com parte do HPJ. Assim, o CeCo é transferido para o centro da cidade – o que foi visto como ponto positivo pela equipe –, mas para uma sala também temporária, situada na Av. Amaral Peixoto, em um prédio comercial. Depois de um tempo lá, passa para outro espaço, na rua Coronel Gomes Machado, dentro do Centro Pop, serviço da Assistência Social no qual algumas pessoas em situação de rua passam o dia. A relação institucional com o local fica desgastada, principalmente pelas diferenças na ideia de trabalho que nesse espaço já existia. Já em 2017, acontece outra mudança improvisada, para dentro do CAPS Casa do Largo, em São Francisco. Lá, o CeCo ocupou o segundo andar da casa. Depois de tantas mudanças em um curto espaço de tempo, ainda em 2017 há a mudança para um lugar que pretende ser definitivo, na Av. Amaral Peixoto, no centro, onde se localiza atualmente.

É curioso perceber que, apesar do trabalho direcionar para uma descentralização, dado um peso menor ao espaço físico e maior ao trabalho a partir da ocupação de outros lugares, essas mudanças de espaço físico ao longo do percurso interferiram na prática de trabalho. Isto é, apesar de não ser o foco fazer atividades internas, as características do espaço físico demonstram ser uma variável relevante da produção de trabalho. Apesar do Centro de Convivência teoricamente atender toda a cidade, fica claro que quando estava no centro atendia muito mais usuários do CAPS Herbert de Souza, enquanto em São Francisco começa a receber nas atividades mais usuários do CAPS Casa do Largo. Toda essa mudança é, também, consequência da não regulamentação do serviço, ou seja, da ausência da portaria, o que precisa ser registrado aqui.

A atual equipe técnica do Centro de Convivência oficialmente possui dois psicólogos (uma delas é a coordenadora do serviço), dois oficinairos, uma musicoterapeuta, uma assistente social e um técnico de enfermagem. Além disso, o CeCo recebe pessoas em formação que por determinado período também integram a equipe: em

2017 foram três psicólogas cursando residência multiprofissional na rede, uma especializanda, sete estagiárias da psicologia e uma do serviço social. Todos esses nomes não dizem o que é o trabalho. Como venho descrevendo, não há uma função terapêutica na proposta. Muito menos a necessidade de um técnico de enfermagem ou de um “oficineiro”, já que não acontecem oficinas. O coordenador anterior, Franklin Torres, costumava dizer que todos são “Articuladores sociais”, termo que entrou inclusive no crachá dado aos funcionários. Assim, as funções fogem às daquela profissão que originalmente esses funcionários têm e também fogem daquelas previstas na extinta portaria dos Centros de Convivência.

O serviço atualmente é organizado em dois núcleos: o de trabalho e o de cultura. O primeiro engloba algumas frentes de trabalho, como bolsas de trabalho assistidas³⁰, o grupo de trabalho³¹, a cantina Sete Sabores³², e o “Delícias da Convivência”³³ além de realizar um acompanhamento de algumas pessoas que estão em empregos formais. Não vou me alongar nesse núcleo, pois aqui a proposta é aprofundar os trabalhos desenvolvidos no núcleo de cultura, foco dessa dissertação.

O núcleo de cultura propõe atividades regulares, participa de projetos junto à rede e pretende também articular demandas individuais com os territórios possíveis. Descreverei a seguir as propostas desses projetos e levantarei algumas questões, que serão aprofundadas no próximo capítulo. As propostas desse núcleo são: o coletivo “Arte e Expressão à Vista”, a “Tarde Musical”, o bloco “Loucos Pela Vida”, a Semana da Luta Antimanicomial e os projetos “Cine Redes” e “Bola na Rede”.

A “Tarde Musical” acontece, desde 2013, semanalmente – todas as quartas a partir das 14 horas – e a princípio era sempre no Quiosque da Magrinha, na praia de Charitas. Reúne uma média de quinze pessoas que utilizam o espaço para cantar, tocar algum instrumento e conversar sobre música. Diferencia-se bastante de oficinas de música que

³⁰ O programa de bolsas de trabalho pretende começar um trabalho assistido com usuários que possuem questões importantes em relação ao ato de trabalhar. A partir dessas bolsas, que são temporárias, são pensadas quais as possibilidades para além disso.

³¹ O Grupo de Trabalho se reúne semanalmente para falar sobre assuntos relacionados ao trabalho: demandas de conseguir um emprego ou dificuldade para se manter em um, por exemplo. Periodicamente também surgem vagas de trabalho em empresas parceiras, vagas que são divulgadas e trabalhadas nesse grupo.

³² O projeto da cantina surge a partir de uma outra cantina que se localizava dentro do HPJ. Com a ideia de tornar o projeto o mais próximo possível de uma experiência profissional, é feita uma parceria com uma ONG próxima ao hospital, para que pudessem haver vendas em outros lugares que não o hospital psiquiátrico. Hoje, a cantina saiu dessa ONG e vai reabrir em uma policlínica no centro da cidade.

³³ O “Delícias da Convivência” é um projeto de produção de doces. Funciona através de uma parceria com um espaço de culinária, que cede seu espaço, e faz vendas para restaurantes e cantinas. Tem como horizonte a formação de cooperativa e a Economia Solidária.

costumam acontecer dentro de serviços de saúde mental, já que não tem uma proposta terapêutica a priori, e sim a ideia de apropriação da cidade através da música.

(...) as atividades de trabalho e arte-cultura que aí passam a ser desenvolvidas têm uma natureza muito distinta daquelas anteriores, pois se inserem neste contexto de crítica e transformação e seu objetivo não é mais o de produzir cura e tratamento e sim o de produzir vida, trabalho, arte e cultura. O trabalho e a arte-cultura deixam de ser um meio terapêutico para serem um fim em si. (AMARANTE; COSTA, 2012, p. 47)

Além disso, permite um contato com outras pessoas que estão passando ou moram no local, principalmente de uma comunidade próxima, o Preventório. Nessa parceria surge, inclusive, um bloco de carnaval: o “Loucos Pela Vida”, que conta com a participação da bateria de outro bloco, o Unidos do Preventório. Mais recentemente, nos dois últimos anos, aconteceram parcerias com outros blocos e escolas de samba, como parte da bateria do Bloquete, do Cubango e do bloco Bicho Solto, além de mudanças do local do desfile para uma área mais central, não concentrando mais em frente ao hospital psiquiátrico. Assim, em 2016 o desfile começou na frente do CAPS Herbert de Souza, passando pela Avenida Amaral Peixoto e pela Prefeitura de Niterói, e em 2017 e 2018 iniciou em frente à estação das barcas e foi até a praça da Cantareira.

A ideia da “Tarde Musical” nunca foi ter uma dinâmica fixa, com a equipe tentando se movimentar para articular desdobramentos do projeto. Em 2014, o SESC resolveu apostar na ideia e nessa parceria foi construído o denominado “Encontro Musical”, evento mensal que acontecia também no mesmo quiosque e contava com shows de artistas niteroienses, além de ter o microfone aberto para as demais pessoas que ali estivessem presentes poderem também se apresentar. Na época, não houve uma mobilização de um público considerável da saúde mental, com a justificativa que o evento acontecia após o horário de trabalho (sempre às 18 horas) e o projeto acabou não tendo continuidade no ano seguinte. O insucesso fez a equipe voltar a um assunto que é recorrente: como praticar uma interação na cidade através de práticas de lazer, se todas as atividades são em horário comercial? Mesmo estando na rua, várias atividades ficam restritas aos trabalhadores e técnicos de saúde mental.

Em 2016, a “Tarde Musical” chegou a acontecer uma vez por mês no Teatro Popular, local mais central na cidade, e em 2017 também foi incorporada ao projeto “Ocupa Praça” que ocorre na praça Vital Brazil mensalmente, organizado pelo CAPS infantil e pela ERIJAD, outros serviços da Rede. Atualmente, a “Tarde Musical” acontece nas últimas duas quartas-feiras do mês no Quiosque da Magrinha, em Charitas; na

segunda semana, na praça do Vital Brazil; na primeira quarta de cada mês, ela não acontece porque o CeCo participa do “Cine República” enquanto desdobramento do “Cine Redes”, sobre o qual falarei mais adiante. Neste momento, a equipe está analisando a proposta de passar a fazer a Tarde Musical todas as semanas na sexta-feira, já que é um dia em que o CeCo não tem atividades.

O coletivo “Arte e Expressão à Vista” é um grupo formado por usuários, técnicos e familiares (ainda muito poucos) e que também é aberto à comunidade em geral. Centra-se em questões relativas prioritariamente ao lazer dos participantes. Em uma semana, acontece uma reunião; na outra, uma visita a algum espaço a partir da decisão coletiva. Isto é, quinzenalmente acontecem visitas a algum espaço da cidade, decididas pelo próprio grupo, intercaladas por reuniões/encontros onde se avalia como foi a visita e programa-se a próxima. A proposta vai além de simples passeios, pois tem a ideia de ser mais ampla, acolhendo demandas dos participantes por atividades consideradas pela equipe do CeCo como culturais e/ou artísticas. Assim, a proposta do grupo passa a ser também a de um trabalho com cada um ali, a partir do que surge. Se aparece a vontade de um usuário de aprender um instrumento musical ou cantar em um coral, por exemplo, a equipe do CeCo tem o trabalho de mediar a chegada desse usuário em uma aula de instrumento ou um coral em alguma instituição relacionada à música. O “Arte e Expressão” é o principal braço do núcleo de cultura, onde tudo é debatido e decisões são tomadas, inclusive sobre as outras atividades.

O dia 18 de maio é conhecido como o Dia Nacional da Luta Antimanicomial. Pelo Brasil inteiro acontecem manifestações de vários tipos, procurando dar maior visibilidade para o assunto. Em Niterói, desde 2015, esse dia se ampliou para uma semana de atividades, e a Rede de Saúde Mental reúne-se nos meses anteriores para planejar qual é o melhor jeito de tornar essa visibilidade efetiva. O formato tem sido o de festejos e eventos em instituições parceiras por toda a cidade. A ideia central é mostrar o trabalho em sua prática, organizando, por exemplo, campeonato de futebol, sessão de cinema, música na praça e baile cultural, que foram as atividades em 2017, em parceria com o Estádio Caio Martins, com o Núcleo de Produção Digital(NPD) e com o Teatro Popular Oscar Niemeyer. A crítica de alguns técnicos da rede fica pela falta de um ato em Niterói, ou teoricamente uma manifestação mais política, que pudesse cobrar algumas questões como as escassas condições de trabalho ou a falta de medicamentos para os usuários. Algumas das atividades da semana da luta em 2017 foram propostas pelo Centro de

Convivência, na intenção de ampliar projetos que a rede tem feito no cotidiano. O “Cine Redes” e o torneio de futebol são dois deles.

Em 2016, os CAPS de Niterói se organizaram para fazer exhibições de filmes para os usuários, projeto inicialmente chamado de “Cine CAPS”. Todo o processo de trabalho pareceu bastante proveitoso, mas as reuniões e o convite a outros serviços – incluindo o Centro de Convivência - para pensar o projeto modificou o rumo do que estava acontecendo. Em primeiro lugar, pautados na direção que prevê uma ampliação nas redes de vida de cada usuário, foi debatido como poderia ser melhor aproveitado o território que cada serviço cobre, ou seja, teoricamente o território próximo à casa do usuário daquele serviço. Assim, as sessões se espalhariam pelos vários espaços da cidade. O CAPS Casa do Largo, por exemplo, organizou uma sessão em parceria com um restaurante, que emprestou o espaço para o evento. Em um segundo momento, o mesmo serviço organizou sessão de cinema junto a uma escola próxima, dinâmica que envolveu não só usuários da saúde mental, mas também a escola e seus alunos em toda a organização e também no momento de assistir ao filme. Ficou direcionado, assim, o projeto “Cine Redes” como espaço que ultrapassa a saúde mental e tenta incluir outros públicos em suas sessões. Com o projeto, foi feita também uma pesquisa sobre o que a cidade de Niterói já tinha de eventos audiovisuais. Assim foi feita a parceria com o Núcleo de Produção Digital, que inicialmente fez uma sessão, no Caminho Niemeyer, no centro, na Semana da Luta Antimanicomial. Posteriormente, o CeCo começou a frequentar mensalmente um cineclube que o NPD oferece. O “Cine República” acontece toda primeira quarta-feira do mês na Biblioteca Parque de Niterói e mostra filmes que trazem alguma questão social. Após as sessões, há um debate com convidados.

Com a mesma lógica de estar em diferentes bairros de Niterói, amistosos de futebol foram marcados a partir de reuniões com representantes dos serviços. Na semana da luta antimanicomial, o torneio de futebol realizado no Estádio Caio Martins fez com que vários usuários pedissem uma regularidade maior para esses encontros. No segundo semestre de 2017 foi realizado também o campeonato “Bola na Rede”, com jogos em diversos bairros da cidade (Vital Brazil, Centro, Largo da Batalha e Fonseca).

Mesmo com a ideia de estar em vários territórios diferentes, a própria formação de grupos/coletivos de pessoas que têm muitas vezes como única identificação entre seus participantes o fato de fazer tratamento psiquiátrico parece problemática.

Na linguagem do senso comum, a identificação é construída a partir do reconhecimento de alguma origem comum, ou de características que

são partilhadas com outros grupos ou pessoas, ou ainda a partir de um mesmo ideal. É em cima dessa fundação que ocorre o natural fechamento que forma a base da solidariedade e da fidelidade do grupo em questão (HALL, 2012, p. 106)

Para falar sobre esse processo de formação de grupos, que pode ser relacionado também aos estigmas, é oportuno resgatar Bourdieu e Goffman, que trazem contribuições importantes para o aprofundamento nessas questões.

As lutas a respeito de propriedades (estigmas ou emblemas) ligadas à *origem* através do *lugar* de origem(...), são um caso particular das lutas de classificação, lutas pelo monopólio de fazer ver e fazer crer, de dar a conhecer e de fazer reconhecer, de impor a definição legítima das divisões do mundo social e, por este meio, de fazer e desfazer grupos. Com efeito, o que nelas está em jogo é o poder de impor uma visão do mundo social através dos princípios de di-visão que, quando se impõem ao conjunto do grupo, realizam o sentido e o consenso sobre o sentido e, em particular, sobre a identidade e a unidade do grupo, que fazem a realidade da unidade e da identidade do grupo. (BOURDIEU, 1989, p. 113)

Essa invenção – e naturalização – das representações fica clara quando o modo de lidar dentro do serviço de tratamento ainda passa pela imposição de normas institucionais destinadas a um grupo de pessoas que se conecta principalmente por uma característica: estar naquele lugar. O princípio de di-visão tem como essência traçar fronteiras que congregam esse grupo, ao mesmo tempo em que o segregam. A alternativa a esse trabalho, então, aparece cada vez mais dificultada: a mediação com outros espaços a partir das histórias, regiões, percursos e recursos de cada um, para a construção de outra rede e a possibilidade de acionar outras identidades.

Goffman (1975) cita uma ambivalência de identidade no indivíduo estigmatizado em sua participação nos grupos. Na relação com o grupo estigmatizado que de alguma forma está inserido – no caso do hospital psiquiátrico, os “malucos” – pode desprezar certas atitudes consideradas negativas em determinadas situações, ao mesmo tempo que se identifica com essas pessoas: “ele não pode nem aceitar o seu grupo nem abandoná-lo” (GOFFMAN, 1975, p. 118). Creio que, quando pensamos mais especificamente com relação às pessoas com transtornos mentais, essa definição de grupo tem traços menos densos, apesar dos estigmas estarem presentes. Não pretendo aqui entrar em um debate psicopatológico, mas é importante identificar que os transtornos psiquiátricos são múltiplos e não funcionam como identidade total, o que me faz questionar quando essas pessoas são pensadas como um grupo uno, homogêneo ou necessariamente com alguma identificação entre si. Por isso, mais uma vez, acredito que, mais que a doença, sintomas

ou afinidade, o que as une são os lugares de tratamento. Baseado nisso, a ideia do mediador é diluir esse grupo em outras coletividades, ligadas aos interesses das pessoas, ao trabalho, à cultura. Mediar nesse caso é auxiliar em uma ampliação na rede da vida de cada um a partir do ambiente em que vivem.

Apesar do trabalho de mediação funcionar em coletivos, que têm em comum um passado ou presente de traços relacionados à loucura e ao espaço da loucura, o quê exatamente, em novos espaços, faria com que esse grupo permanecesse existindo enquanto indivíduos de uma mesma cultura? Segundo Eagleton,

Pessoas que pertencem ao mesmo lugar, profissão ou geração nem por isso constituem uma cultura; elas o fazem somente quando começam a compartilhar modos de falar, saber comum, modos de proceder, sistemas de valor, uma autoimagem coletiva (EAGLETON, 2011, p. 59)

Propor mediar relações de um coletivo de pessoas que estão em processo de se desconstruir enquanto grupo parece não fazer sentido. A busca, então, mesmo que seja a partir do coletivo, é que a mediação funcione como um facilitador para que cada um ache seu caminho, entendendo que serão caminhos diferentes, baseados na subjetividade, recursos e história individuais. Esse novo projeto de vida vai surgir com os processos de identificação que ocorrem no contato com outros espaços e grupos. Essa é a ideia do trabalho.

Isso avança ao ponto de a gente dizer hoje que é muito importante isso que é o coletivo, mas que a gente precisa ouvir o que é mais individual (...) é a gente poder pensar no território *dele*, né? Menos isso de “Vamos à praia”, “Vamos ao museu”, e mais “O que tem ali perto da casa dele?”, “O que ele faz quando não tá se tratando?”, “O que ele gostaria de fazer?”. Isso é o que a gente hoje tá dizendo que seria o ideal. Mas isso não é o que a gente faz, é o que a gente queria que acontecesse. Mas ainda não é o que a gente faz. Mas a gente conseguiu pensar, e refletir, que a gente já tá com essa ideia construída. Embora na prática a gente não consiga fazer por “N” questões. Mas é o que a gente entende que precisa ser feito. (TORRES, 2017).

Dada a portaria do Centro de Convivência, as diferentes apropriações dela pelos serviços do país, a dinâmica singular da rede de saúde mental de Niterói e o trabalho proposto pelo atual Centro de Convivência de Niterói, é possível perceber várias questões construídas até aqui, que serão, no próximo capítulo, relacionadas às situações vividas no campo.

3. AS MEDIAÇÕES NA/DA RUA: DESTRINCHANDO O TRABALHO DE CAMPO

Eu quase que não consigo
Ficar na cidade
Sem viver contrariado
(Lamento Sertanejo – Gilberto Gil)

Somos loucos
Muito loucos
Loucos Pela Vida
Circulando com felicidade
Com mil maneiras de ocupar a cidade
(Maneiras de Ocupar a Cidade –
Paulo Fernando e Angela, bloco
Loucos Pela Vida 2018)

A partir dos dois primeiros capítulos, que considero imprescindíveis para entender a prática de mediação do Centro de Convivência, neste terceiro capítulo analisarei algumas situações que despertaram em mim a vontade de pesquisar esse campo. Por essas experiências é que tudo começou e, se não iniciei exatamente por elas a dissertação, é aqui que o trabalho se justifica. Se não tenho uma formação voltada para a saúde mental, precisei entender alguns caminhos da história da loucura e a proposta de diferentes Centros de Convivência para pensar mais profundamente como o Centro de Convivência de Niterói exerce seus vários tipos de trabalho. Acredito que não há possibilidade de entender o presente de forma isolada, descolado de um contexto histórico e dos percursos feitos, afinal, como diz Boas (2005, p. 45) “é preciso conhecer, não apenas como as coisas são, mas como elas vieram a ser assim.”

As situações que escolhi trazer me deram pistas, durante o trabalho, dos três eixos a partir dos quais resolvi organizar este capítulo. São eles: adequação e inadequação; tutela e autonomia; questões culturais e a posição do mediador. Ao mesmo tempo, essa organização não pretende enquadrar as situações em apenas uma temática, entendendo que elas transbordam os eixos, conectam-se e se embaralham. Esses eixos servem, sim, como ferramentas para pensar as mediações que ocorrem na rua. Se na atenção psicossocial diferencia-se o dentro e o fora a partir principalmente das críticas ao dentro, à institucionalização, à ausência de escolhas e tudo mais que o hospício traz, parece mais que necessário entendermos que o fora também não é simples: entender a complexidade do funcionamento da cidade e como se dá a presença de cada um nesses espaços. A cidade

também classifica, rotula, usa seu saber sobre o louco. Emerson Elias Merhy, médico, pesquisador e professor de Saúde Coletiva, em texto adaptado do que foi apresentado em um encontro da rede substitutiva em saúde mental promovido pelo fórum mineiro em 2003, fala sobre o que se pensa da loucura fora dos meios dos especialistas, ou dos meios oficiais. Essa imagem é criada por vezes de uma maneira que sugere significações simples e empobrecidas e que joga de volta para o especialista a responsabilização sobre o que a cidade considera uma atitude de loucura:

[...] parece que vários grupos sociais precisam sempre remetê-los de volta a um lugar de representação social, que possa dar-lhes sentido oficial, operando dentro de certos imaginários sociais hegemônicos, que permitem compreendê-los como “loucura de fato”; e assim, pelo menos, o social estará isento de ter algo a ver com aquilo. Ou, melhor, encontrarão com facilidade uma forma de compreender e estabelecer responsabilizações, criando estratégias de punição, que andam de braços dados com saberes oficiais, clínico-institucionais, sobre o que é ser e agir como louco. (MERHY, 2003, p. 4).

Merhy propõe uma maneira de enxergar as situações de uma forma múltipla, entendendo que os pontos de vista sobre determinada cena convergem, divergem, mas, para além disso, coexistem, são realidades conviventes (MERHY, 2003). O mesmo autor usa ainda o termo “portadores de futuro” para analisar os personagens da cena enquanto seres ativos do mundo, verdadeiros construtores do que vem adiante.

Não conseguia agarrar a ideia de futuro como uma imagem “poliana”, tão próxima do senso comum que a gente faz desta palavra, como algo de bom para acontecer. Consegui, assim, me voltar para a noção de que o futuro estava, ali, em acontecimento, em ato. Ali, no território habitado pelos “portadores de futuro”, que eram os mesmos que desenhavam a cena. Então, um otimismo me arrebatou. A possibilidade de pensar isso, de que os mesmos que desenhavam a cena, com suas ações, podem desdobrá-la, podem, no presente de hoje, encontrar novos sentidos para si e os outros, fez minha angústia conviver com alegrias. Paradoxei!!! (MERHY, 2003, p. 7)

Antes de descrever e analisar qualquer situação, achei importante deixar claro que é nesse paradoxo que as cenas que retratarei vivem, na angústia e na alegria, nas realidades conviventes. Merhy segue observando que os portadores de futuro transformam a cena em uma micropolítica de encontros que abrange interdições e também fugas dessas interdições. Isto é, onde sujeitos e territórios interditam outros sujeitos e territórios e quais são as brechas nessa dinâmica. Ao mesmo tempo em que há as interdições, há o que o autor chama de encontros autopoiéticos, que são os movimentos de vida que permitem ressignificações, permitem que exista uma micropolítica dentro da

outra, complexifica uma situação que, em certo ponto de vista, poderia ser considerada simples.

De posse desta ideia, da micropolítica de encontros, tentei olhar, de novo, para todas as cenas. Não mais sob a ótica de que o presente era duro e que o futuro seria muito mais duro. Procurei olhá-las como “lugares”, onde encontram-se ou relacionam-se territórios e sujeitos, em acontecimentos e aconteceres. E, aí, todas essas cenas começaram a expressar outras possibilidades: ali, existiam sujeitos, territorializados e em desterritorializações, encontrando-se nas suas dificuldades, nas suas comensalidades, nas suas possibilidades, nas suas lutas; o que me permitia olhar os encontros, de territórios e sujeitos em movimento, e tentar criar novas categorias para mirá-los e para pensar o que acontecia, ou poderia acontecer, nessa micropolítica de encontros. (Id.Ibid., p. 10)

Merhy me ajudou, com seu texto “A loucura e a cidade: outros mapas”, a introduzir neste capítulo a maneira que pretendo olhar para as situações que analisarei. Ou seja, a forma que almejo retratar os vários olhares dessas realidades conviventes que envolvem a micropolítica dos encontros entre a cidade e a loucura. Isso começa quando entendemos que, em cada situação, os atores sociais ali envolvidos têm uma trajetória particular e diferentes tipos de recursos – desde financeiros até subjetivos – para lidar com o mundo. Ao mesmo tempo, o próprio CeCo não terá uma definição única e sólida, mas em sua prática também, trazendo o verbo usado por Merhy, paradoxificará, convivendo com as diversas realidades que a micropolítica dos encontros traz.

3.1 Adequações e inadequações

Início narrando uma cena que foi recorrente durante o ano de 2015. A situação é a de um usuário do CeCo que mora dentro da enfermaria de longa permanência do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, que viveu grande parte da vida dentro de uma instituição, e que ganha um outro tratamento a partir dos avanços da reforma psiquiátrica: apesar de passar a maior parte do tempo no hospício, agora ele sai, esporadicamente, em um início bem embrionário de um trabalho de desinstitucionalização. Uma das atividades que participa é a Tarde Musical, oferecida pelo Centro de Convivência. No verão, toda vez que ele aparece, faz a mesma pergunta: “Posso tirar a camisa?”. A partir dessa pergunta é possível fazer uma série de reflexões. Se um homem está na praia, no auge do calor carioca, é *natural* que tire a camisa, não é? O que está naturalizado para o senso comum não é regra para todos. Ao invés de responder “pode”, a equipe do CeCo faz perguntas: onde você está? O que você está vendo ao redor? Será que pode tirar a camisa

na praia? A cultura residual trazida por Williams (2005) não está presente dessa forma, a incorporação àquela cultura dominante através da transmissão de certos valores e hábitos não está dada. São outros resíduos que aquela vida traz, os da dominação institucional, do isolamento e do asilo.

Mas para estar no social, é necessário seguir certas regras, não é? Será que a mediação que propõem os serviços substitutivos é pragmaticamente transmitir determinados hábitos e práticas hegemônicos para o usuário, permitindo que ele se adeque ao mundo que lhe foi tirado? Esse é o ponto que me intriga: a questão da adequação e da inadequação como condição ou impedimento para habitar a cidade.

Isso aponta para uma associação com o que estou fazendo aqui, pesquisando, escrevendo, produzindo outros olhares mais aprofundados que tentam fugir dos construídos pelo senso comum. A associação então é entre o senso comum, o pesquisador e o louco. A loucura, com sua história, seus estigmas e também com suas invenções de realidade, certas vezes destoa dos sentidos que o senso comum atribui à vida cotidiana. Já os pesquisadores frequentemente são alertados a terem atenção para não reproduzirem o senso comum. Essa reprodução faria com que a pesquisa não se aprofundasse, o que limitaria e não a tornaria uma pesquisa cientificamente relevante. Essa contraposição ciência x senso comum deixa de fora os “idiotas”, os “loucos”, enfim, as pessoas que não fazem pesquisas e que ao mesmo tempo não inventaram uma coerência constante na visão e no agir no mundo.

O mundo social, que tende a identificar a normalidade com a identidade entendida como constância em si mesmo de um ser responsável, isto é, previsível ou, no mínimo, inteligível, à maneira de uma história bem construída (por oposição à história contada por um idiota), dispõe de todo tipo de instituições de totalização e de unificação do eu (BOURDIEU, 2006, p. 186).

Essa coerência do senso comum não é natural, é uma construção, uma ilusão que dá um sentido linear e confortável à vida – como vimos no primeiro capítulo com Gramsci, o senso comum mistura ideias da idade da pedra com as baseadas na alta tecnologia, e faz essa combinação parecer coerente. Ao falar sobre o senso comum, o pesquisador se afasta dele e desconstrói essa linearidade para entender um funcionamento mais complexo do mundo social. Isso não significa que esse pesquisador não vá criar ilusões biográficas para construir sua vida, mas talvez que terá mais recursos de escolha, de fuga, em determinados aspectos e, em outros, nem tanto.

Já a “adequação” proposta pelos mediadores para a loucura poder estar no social parece ser justamente a construção da linearidade, ou seja, uma incorporação ao que parece natural, “normal”, ao senso comum. Será essa a única maneira de habitar o mundo? Como se adequar completamente a um pensamento hegemônico excludente, quando se é o próprio excluído? A incorporação passa a ser seletiva. E o que interessa para o trabalhador da saúde mental é a inclusão da loucura, a desconstrução dos estigmas do louco, não é? Então, mudemos o mundo para aceitar a loucura e adequemos o louco ao restante do mundo imodificado, que envolve o fato de que na praia um homem pode tirar a camisa; no teatro, ninguém pode tirar a camisa nem falar alto; nos espaços públicos é normal fazer comentários machistas, racistas e homofóbicos; mas nos espaços públicos é visto com estranheza quem fala sozinho. Tudo isso está no mundo de certa forma naturalizado. Mas será que essas situações têm o mesmo peso? Se não vamos nos adequar a tudo o que o território nos dá, quais os critérios para essa incorporação à cidade do jeito que ela é, contraditória, cheia de oportunidades e barreiras, interações e preconceitos?

É evidente que a situação de tirar a camisa na praia não é a única que nos traz essas questões. Para chegar até essa discussão, na verdade, precisei elaborar uma cena que não parecia complexa para quem estava passando. Apesar disso, parece estranho encaixar essa cena da camisa em um exercício de mediação que pretendia adequar o usuário a uma cultura hegemônica, ao dizer que aquilo é praia e está calor, então é natural que se tire a camisa. Mas e se fosse uma mulher perguntando a mesma coisa? Provavelmente a resposta seria outra, já que estamos em um lugar onde não parece natural uma mulher tirar a camisa em público, independentemente da temperatura.

Quando falamos nessa relação com o senso comum, é necessário lembrar que o grupo de pessoas que usa o Centro de Convivência não é homogêneo, cada um traz sua trajetória, recursos e projetos e reconfigura esses três elementos no cotidiano. Digo isso porque a situação da camisa é de uma pessoa com menos recursos do que a maioria dos outros usuários, que moram com suas famílias e frequentam o CAPS e as atividades do Centro de Convivência de uma outra forma. Necessitam, sim, da mediação de um serviço da saúde mental para elaborarem demandas de lazer, por exemplo, mas ao mesmo tempo já possuem, por vezes, opiniões formadas, já estão adequados de alguma forma a certos funcionamentos de mundo. Ou seja, já estão na cidade, já têm certo percurso e carregam consigo certos aspectos também do senso comum. Quando vamos para o Rio de Janeiro com o grupo “Arte e Expressão à Vista”, independentemente do local, alguns ficam com medo, “porque o Rio é perigoso”, dizem. Em outra ocasião, quando fomos discutir com

eles sobre uma paralisação, por conta da retirada de direitos pelo governo federal, o que mais apareceu foram falas sobre corrupção, e não sobre a retirada de direitos. Nesse sentido, a questão sobre quais os critérios para adequação, resistência ou negociação com o que parece imposto por uma cidade aparentemente estática voltam à baila. Sigo com uma cena que mostra um pouco disso.

O coletivo “Arte e Expressão à Vista” fez, em novembro de 2017, uma visita ao Museu de Arte do Rio de Janeiro (MAR). Com encontro marcado em frente à estação de barcas do centro de Niterói, pegamos a barca e, na Praça XV, seguimos em direção à Praça Mauá, onde fica localizado o museu, que é gratuito às terças. Fomos em dois grupos, a partir da divisão feita porque alguns atrasaram para o encontro e nem todos quiseram esperar; esse debate foi feito na hora e, como é a ideia do Centro de Convivência, os técnicos perguntaram o que cada um estava com vontade de fazer e reiteraram, como costuma acontecer tanto nas atividades externas quanto nas reuniões, que o grupo não precisa ficar todo junto o tempo inteiro: poderiam fazer combinações para cada um aproveitar do seu jeito. Fui no primeiro grupo que, chegando na Praça Mauá, se viu diante de uma nova situação: um dos participantes disse que preferia ir ao Museu do Amanhã, que fica ao lado do MAR, onde iríamos originalmente. Acontece que, em um dia que essa pessoa não foi, a maior parte do grupo já havia visto a exposição que estava no Museu do Amanhã e, por conta disso, todos preferiam ir ao MAR. Todos menos uma técnica do CeCo, que nunca tinha ido ao Museu do Amanhã e também demonstrou interesse. Assim, ocorreu uma nova divisão, com os dois que estavam interessados em um museu indo a ele enquanto o restante foi para o museu vizinho.

Já no final do passeio, quando os três grupos já haviam se encontrado no MAR, um dos usuários viu uma foto de um jogador de futebol na década de 60, com o short curto, e o criticou, associando o tipo de roupa usado como sinal de uma possível homossexualidade, o que gerou risadas de sua parte e de alguns outros que estavam próximos. A questão tinha pelo menos dois pontos: o vestuário, ou seja, como a roupa poderia indicar a orientação sexual da pessoa, e, por outro lado, a homossexualidade tratada como defeito, engraçada, desviante. Assim como a loucura é tratada muitas vezes. Quem estava presente, entre técnicos e um outro usuário, questionou, não bruscamente, mas apontando que o uso do short não significava que o jogador era gay, assim como o fato de alguém ser homossexual não era motivo de risada ou exclusão. Talvez um médico ou um psicanalista lesse essa cena de outra forma, olhasse para a psicose do sujeito ou pensasse a partir daí a maneira de tratar o assunto da sexualidade com o usuário. Não foi

o que aconteceu com quem estava ali presente, e nesse ponto é importante lembrar as realidades conviventes de Merhy, com várias possibilidades nessas micropolíticas dos encontros. Enquanto mediadores ali, utilizando-se de tecnologias leves que não são tão leves assim, foi possível um certo confronto de ideias e o debate chegou a um ponto em que um outro usuário fez um discurso dizendo que todos devemos ser contra a homofobia, o racismo, ou qualquer outra maneira de exclusão. Cinco minutos depois, foi a vez dessa mesma pessoa, que fez o discurso contra o preconceito, olhar uma foto de um protesto da década de 70, em que várias pessoas apareciam nuas em uma praia, e arrancar risos de todos em sua volta por conta de uma piada sobre a quantidade de pelos que a mulher tinha. Dessa vez, com o grupo já disperso no caminho da saída, não houve intervenções.

Aqui, é relevante entrarmos em uma reflexão que pego emprestada dos estudos de gênero, que trazem o conceito de interseccionalidade. Neles, a discussão é sobre quais os elementos que, afinal, integram uma identidade, entendendo que uma mulher, por exemplo, não é só uma mulher, mas pode ser uma mulher negra de classe baixa, uma mulher negra de classe alta, uma mulher branca de classe alta ou baixa, e por aí vai. Esses elementos, necessariamente, mudam as experiências que cada uma tem enquanto mulher. Trazer isso para a discussão que envolve a luta antimanicomial parece fundamental. Primeiro, porque ninguém é só maluco, mas todos pertencem a um mundo em que necessariamente esbarram nas questões raciais, de classe, gênero etc. Depois que, para além de cada um ter suas características que são estigmatizadas de maneiras singulares, habitar o mundo é lidar com o outro, é justamente adequar-se ou não a certas ideias de forma interseccional, é lidar também com os estigmas criados para o outro. Essas relações sociais não serão apenas nos âmbitos de raça, classe e gênero, mas mais em uma perspectiva do que Hirata chama de interseccionalidade de geometria variável:

De uma maneira mais global, creio que a controvérsia central quanto às categorias de interseccionalidade e consubstancialidade se refere ao que chamo de “interseccionalidade de geometria variável”. Assim, se para Danièle Kergoat existem três relações sociais fundamentais que se imbricam, e são transversais, o gênero, a classe e a raça, para outros a intersecção é de geometria variável, podendo incluir, além das relações sociais de gênero, de classe e de raça, outras relações sociais, como a de sexualidade, de idade, de religião etc. (HIRATA, 2014, p. 66).

A importância de pensarmos nessa intersecção de geometria variável diz respeito diretamente ao que chamamos aqui de adequação e inadequação. Enxergando por esse ponto de vista, passamos a ver o sujeito louco como sujeito múltiplo, o que influencia

diretamente na sua adequação ou não a certos espaços. Essa incorporação ou resistência não será apenas por ele ser louco, mas cada espaço vai incluir e excluir determinados grupos que terão relação com outras características do sujeito. Nas situações que trago aqui, sob essa perspectiva, ela estará sempre presente.

Voltando à primeira situação, dos comentários sobre o short curto do jogador de futebol, a posição dos mediadores, de resolver discutir a questão, fez com que outra pessoa, que não era técnico, mas outro usuário do CeCo, entrasse em cena e mostrasse outra opinião, fazendo uma mediação entre a pessoa que riu da foto com a exposição e com o assunto tratado a partir dela – ou seja, com aqueles territórios -, de outro lugar. Nesse sentido, é transformada em prática a transferência de mediações, proposta do CeCo abordada no capítulo anterior, em que os técnicos de saúde mental não pretendem ser os únicos mediadores entre a loucura e a cidade. E, nesse caso – será só nesse? -, a adequação torna-se relativa: se entendemos que está dado historicamente o preconceito com as minorias e que ele foi naturalizado, os primeiros comentários não estavam exatamente em desacordo com as regras sociais, como impeditivo para estar nas ruas. Mas se entendemos que vivemos um momento de ruptura que vem sendo construído com muita resistência e vemos o trabalho com a saúde mental pautado na luta social e nos direitos humanos, foram comentários extremamente inadequados. Considerando essa segunda opção, da inadequação, seria a solução a retirada das ruas, a punição, como visto ao longo da história da loucura? É uma provocação que vejo como importante: dependendo do grau de inadequação, a solução pode ser, por exemplo, dar a mão, conversar ou direcionar para seu serviço de tratamento ou para uma emergência psiquiátrica. Nesse último caso, quando essa inadequação muda de patamar e é considerada crise – mesmo sabendo que o CAPS também é lugar de acolher as crises -, em Niterói dependendo de como for e por falta de um CAPS III, por exemplo, a pessoa é encaminhada à emergência do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba.

São muitas as questões. Quero, por agora, focar no fato de que essa última cena trouxe um trabalho de mediação que foi, para além da construção de possibilidades, de desconstrução de algumas certezas.

Quando estamos na rua e algum usuário fala algo para uma mulher que está passando, algo por vezes mais sutil, outras, mais agressivo, mas necessariamente sempre objetificando o corpo da mulher, o trato já foi o silêncio, já foi a repreensão, a conversa e até a risada. Enquanto estive no Centro de Convivência, esse não foi um assunto aprofundado nas reuniões de equipe, não foi considerado como um dos mais importantes.

A não ser quando o ato acontece: certa vez, na Feira de São Cristóvão, um senhor, morador da enfermaria de longa permanência, bastante institucionalizado, encostou propositalmente no corpo de uma mulher que estava passando. Um segurança da feira viu e foi atrás dele, só que uma técnica da saúde mental, que trabalha na enfermaria e estava acompanhando o senhor, entrevistou e explicou ao segurança que se tratava de uma pessoa com problemas psiquiátricos. O segurança, então, se afastou, deixando o papel de punição para quem ali era o especialista no assunto. A repreensão, então, foi em tom de ameaça, afirmando ao senhor que não o levaria mais aos passeios. Não houve a discussão que aconteceu na outra cena, do MAR. No Centro de Convivência, o que foi discutido é se não valeria a pena esperar mais um pouco para entrar em cena: ver qual seria a reação do segurança, entendendo que a sociedade também faz parte do território e é com ela que a pessoa vai ter que se relacionar também. Isso sem se retirar do cuidado, sem se ausentar, procurando aquela fronteira entre o excesso de presença e a ausência que em cada situação vai proporcionar um resultado diferente. Fica claro, então, que as apostas são as principais ferramentas desse trabalho e que elas, baseadas em ideias que se tem da maneira de trabalhar, tomam diferentes direções dependendo das circunstâncias.

Em maio de 2017, incluindo o projeto Cine Redes dentro das comemorações da semana da luta antimanicomial, o Centro de Convivência fez uma parceria com o Núcleo de Produção Digital (NPD Niterói), que faz diversas ações relacionadas ao audiovisual. Assim, foi marcada uma sessão que contou com dois curtas-metragens seguidos de debate. Os filmes traziam questões sociais importantes: “Xadrez das cores”³⁴ debate racismo, e “Vida Maria”³⁵ traz a história de uma menina que precisa abandonar os estudos para trabalhar desde muito nova. No início do projeto Cine Redes, os filmes eram todos com a temática voltada para a saúde mental. Dessa vez, a proposta era outra: que pudessemos falar de outros assuntos que também estão presentes na vida das pessoas e não necessariamente ligados estritamente a transtornos mentais. Na prática, a experiência rendeu bons debates. Em determinado momento um usuário negro pediu a voz e disse que já sofreu muito com o racismo. Ao mesmo tempo, uma mulher - que não sei dizer se era estagiária, técnica, usuária ou mesmo se tinha alguma relação com a rede de saúde mental – criticou o filme a partir da observação de que em momento nenhum é usado o termo

³⁴ “Xadrez das cores” é um curta-metragem de 22 minutos, lançado em 2004, com direção de Marco Schiavon.

³⁵ “Vida Maria” é um curta-metragem de 9 minutos, uma animação lançada em 2006, com direção de Márcio Ramos.

racismo pelos personagens. Por esse caminho, seria importante deixar claro que aquilo que acontece no filme – a patroa xingando, tratando mal e rindo da empregada – tem nome e é crime. Nesse dia, várias pessoas deram contribuições, mas quase todos concordaram com as falas uns dos outros.

Esse foi um evento que a equipe do CeCo considerou bastante interessante, justamente por ter permitido uma ampliação temática, debates a partir de outros lugares de fala. Seguindo essa ideia, começamos a frequentar mensalmente um cineclubes chamado “Cine República”, que é uma parceria entre o NPD e a Biblioteca Parque de Niterói e que tem a proposta de trazer filmes e convidados para debater questões sociais.

A proposta do Cine Redes me lembra o projeto “Cinema na Praça”, de Gina Ferreira, que teve início em 2004, e fazia parte da proposta de desinstitucionalização que acompanhou o fechamento da Casa de Saúde Dr. Eiras, em Paracambi, um dos maiores hospícios da América Latina. Lá, havia muitos pacientes institucionalizados e poucos deles tiveram contato com o mundo externo. O Cinema na Praça surge justamente para trabalhar essa experiência: do paciente psiquiátrico com a cidade, mas também o inverso, como a cidade estaria recebendo essas pessoas. Não é em nível de comparação que trago o Cinema na Praça para cá – até porque Paracambi tinha uma série de especificidades naquele momento que se diferenciam de Niterói neste momento -, mas acredito que, a partir da leitura do livro “Cinema na Praça – Intervenção na cultura”, esse objetivo da interação, de proporcionar outras existências ao usuário da rede de saúde mental é pertinente e pode ajudar na reflexão aqui proposta. De modo resumido, a ideia era proporcionar sessões de cinema em praça pública, em que frequentassem tanto os pacientes quanto o restante da população. Ferreira narra uma cena que demonstra bem o que foi o projeto:

Sentar junto foi acontecendo pouco a pouco e a imagem foi cooptando essas pessoas, passou a ser mais forte, mais forte do que a música do bar; teve gente que largou a cerveja do bar para sentar ali. É claro que, da segunda metade do filme em diante, ninguém lembrava mais que estava ao lado de um paciente psiquiátrico. Nessa hora a memória é a do filme. Lembrar-se-iam do filme, mas não se lembrariam do paciente psiquiátrico como pessoa que, supostamente, “não deveria estar ali”. Então já eram cúmplices. Era o que eu queria. Também começou a me chamar atenção algumas situações provocadas pelo cinema, como o caso ocorrido com uma paciente: ela estava na praça assistindo o filme *Deus é Brasileiro*, de Cacá Diegues, em que há uma cena na qual cai uma chuva repentina. A paciente desliza uma das mãos sobre a perna, vai até a bolsa abre um guarda chuva e fica ali quietinha, a Maria me chamou e disse: “Olha lá aquele paciente! Pegou o guarda chuva!” Ficou com ele aberto. Para nosso espanto, quando no filme parou de chover, ela fechou o guarda-chuva e guardou-o discretamente na bolsa.

Acabada a sessão, Maria não se conteve, foi até ela: “Escuta, você abriu o guarda chuva porque estava chovendo?” Ela respondeu: “Foi”, e Maria continuou: “E você guardou o guarda chuva porque parou de chover?” Tranquilamente ela respondeu: “Foi”. Nisso Maria arriscou: “Mas estava chovendo aqui ou no filme?” Com surpresa, ela olhou bem para Maria e disse: “No filme, você não viu?” (FERREIRA, JACÓ-VILELA, 2012, p. 68).

O Cine Redes tem menos a intenção de produzir espaços assim do que de fazer que espaços que já existam sejam frequentados e apropriados. Além disso, não tem esse público direto que o Cinema na Praça tinha – apesar de ter também os moradores do “Albergue”, enfermaria de longa permanência do HPJ. Mesmo com essas várias diferenças práticas, a cena narrada diz de uma ideia da atenção psicossocial que é compartilhada pelos dois projetos: que as pessoas pudessem estar ali pelo cinema, por escolha, e se relacionassem com o que estão vendo. Aliás, seria o ato de Maria de abrir o guarda-chuva uma inadequação? Se sim, certamente uma (in)adequação poética, e, como tal, poderia ser lida como uma conexão/identificação do público com a obra. Se não soubéssemos que era uma pessoa que vive dentro de um hospício, aquela atitude poderia representar uma intervenção relevante, que fala sobre a relação entre arte e realidade. Mesmo tendo a informação de quem era a pessoa, ainda assim considero que a atitude representa isso, só que a curiosidade de quem estava vendo passava pela relação com os transtornos psiquiátricos: será que as perguntas que foram feitas àquela paciente seriam feitas também a uma artista?

Em novembro de 2017, em homenagem ao Dia da Consciência Negra, aconteceu uma sessão do Cine República com essa temática, novamente com “Xadrez das Cores” e “Anamnese”³⁶, curta que fala sobre como é ser negro e favelado em uma faculdade de medicina do Rio de Janeiro. Nesse contexto, um usuário do CAPS AD e do CeCo, branco, pediu a palavra e começou a se defender enquanto uma pessoa que não é preconceituosa, racista. Diferente do outro dia, em que alguém se identificou enquanto vítima do preconceito, dessa vez ele usa exemplos constrangedores para dizer que não é racista: que gosta da mulher negra, fez piadas, criou um discurso que, para voltar a usar o termo, é inadequado ao espaço em que estava. Veio, então, a resposta do convidado para o debate, o diretor de “Anamnese”, Clementino Junior, apontando vários questionamentos para aquela fala e, a partir desse disparo, o debate se desenvolveu. Várias falas tomaram como referência aquela primeira, mulheres falando sobre como é ser uma mulher negra, outras

³⁶ “Anamnese” é um curta-metragem brasileiro de 15 minutos, lançado em 2016, com direção de Clementino Junior.

peças colocando pontos de vista que desconstruíam o que havia sido falado. A própria noção de racismo foi discutida o tempo inteiro. O usuário silenciou e não voltou a participar do debate nesse dia, e eu, que naquele momento estava sozinho enquanto técnico de saúde mental, fiquei na dúvida sobre o que tinha ficado para ele com aquilo tudo. No final, ele fez questão de cumprimentar respeitosamente cada pessoa que participou do debate e foi cumprimentado de volta. Diferentemente de um espaço interno da saúde, “os sinais que vêm da rua nos convocam a todo instante a um processo de desaprendizagem, do já sabido, do já instituído de nossas velhas práticas para poder apreender novas lógicas produzidas pela perspicácia do viver” (MERHY, et al, 2014, p. 158).

Uma das coisas mais interessantes desse espaço do cineclube é que realmente ninguém sabe quem é usuário e quem não é, quem está ali está interessado em cinema e participa do debate da mesma forma que os outros. Na semana seguinte, na reunião do “Arte e Expressão”, foi retomado o assunto e pudemos novamente debater o que foi dito no dia do filme. Essa situação me ajudou a pensar, ainda em relação à adequação/inadequação, sobre a questão do constrangimento e, ao mesmo tempo, sobre como certas inadequações estão relacionadas ao espaço em que acontecem e outras não. Nesse caso, os comentários seriam inadequados em qualquer lugar e, talvez, tenham aparecido no lugar certo justamente para isso ser desconstruído, não de forma completa, mas em uma negociação com aquele território. É diferente da prática de tirar a camisa, por exemplo, que para um homem parece natural na praia, mas estranho em um teatro, entendendo que cada lugar tem certas regras de conduta, como desenvolveremos mais à frente nesse capítulo. Já sobre o constrangimento, talvez seja uma das ferramentas contra as inadequações: quando se chega a ele, há uma autocensura sobre determinadas atitudes. Seria então a construção de constrangimentos uma maneira de permitir que todos convivam em harmonia, entendendo o constrangimento como possível ferramenta para acontecer a adequação?

Fico me perguntando como seria o caso daqueles que falam sem, aparentemente, um interlocutor. Quem fala sozinho na rua precisa ficar constrangido e não fazer mais isso para frequentar espaços sociais? É tão inadequado quanto o preconceito? Se não, é mais ou é menos? Baseado em todas essas cenas, penso que essa é uma discussão que necessita ser aprofundada também por quem está na rede de saúde. Se precisamos de certas regras, quais são elas? Nas situações aqui analisadas, parece que não estamos falando de leis ou regras que estão escritas, que estão dadas, mas que dependem mais da projeção de futuro que fazemos. Por isso que, para além de adequação a certas normas,

que vai existir em alguns momentos, precisarão entrar a negociação e a resistência, não através somente de protestos ou movimentos sociais, mas nesse cotidiano de encontros. E mais que isso, pensar: qual é o projeto de futuro que temos? Não é sem o que foi construído lá atrás, com a reforma psiquiátrica e todas as suas lutas, não é sem entender a construção do SUS, por exemplo, enquanto modelo de política pública com a saúde que a enxerga de forma ampliada e diretamente ligada ao social e às culturas.

Ainda quando me sentia segura de que é na prática que se manifestam as mudanças de valores e que o pensamento ético, tão preconizado por minha geração, é mera retórica, sem coerência com a ação, constatei mais tarde que o desafio da Reforma Psiquiátrica é mudar os valores sociais para que a ética seja reincorporada. (FERREIRA, JACÓ-VILELA 2012, p. 56).

Talvez seja essa uma das pistas para entendermos a que cada um pode estar adequado ou inadequado, termos móveis que, dependendo da construção de futuro, de projeto de sociedade e de visão de mundo que temos, podem ter seus significados invertidos. E pensar isso faz parte do trabalho de um técnico que trabalha na saúde, já que:

As práticas de saúde como toda atividade humana são atos produtivos, pois modificam alguma coisa e produzem algo novo. Configuram, portanto, trabalho, porque visam produzir efeitos, buscam alterar um estado de coisas estabelecido como necessidades. Assim, além de orientadas pelos saberes científicos, são também constituídas a partir de sua finalidade social, que é historicamente construída. (MERHY, FEUERWERKER, 2009, p. 5)

Ainda segundo Merhy e Feuerwerker, o trabalhador precisa se preocupar em fazer um trabalho vivo, ou seja, um trabalho produtivo, criador, e para isso vai utilizar como ferramenta o trabalho morto – que nos lembra a questão do residual ativo proposto por Williams - , produto de um trabalho vivo anterior. O profissional também utilizará ferramentas tecnológicas, aqui remetidas a “saberes e seus desdobramentos materiais e imateriais, que fazem sentido de acordo com o lugar que ocupam nesse encontro e conforme as finalidades que almeja.” (MERHY, FEUERWERKER, 2009, p. 6). Isso aponta para o que chamei aqui de construção de futuro, que vai influenciar diretamente no que o mediador vai considerar como inadequado, qual realidade vislumbra – entendendo que naquela cena havia realidades conviventes/divergentes – e de que modo agir nesse contexto. O que aqui estamos chamando propositalmente de mediação é uma forma de cuidado pautada nas propostas de trabalho do Centro de Convivência. Nessa prática, então, para além de pensarmos as situações de adequação e inadequação, que

muito me intrigam, é imprescindível entendermos de que maneira esse cuidado é praticado na rua, o que envolve, necessariamente, uma discussão que abrange os conceitos de tutela e autonomia.

3.2 Tutela e autonomia

Como dito anteriormente, a organização deste capítulo faz sentido pelos eixos temáticos que surgiram a partir do trabalho de campo, das cenas, das situações. Assim, elas trazem todos os temas ao mesmo tempo e vou precisar retomar certas situações anteriormente descritas para aprofundar a reflexão sobre a dupla autonomia/tutela, não exatamente como termos inversos, mas que se relacionam o tempo todo na mediação proposta por qualquer serviço de saúde mental. Aqui, como já sabemos, irei focar nas práticas do CeCo-Niterói, a partir de suas propostas, que foram descritas no capítulo anterior.

Certa vez, em uma atividade em que iríamos pegar a barca Niterói-Rio, um usuário me deu o dinheiro na mão, insistindo para que eu comprasse a passagem dele. Eu banqueei que ele poderia comprar sozinho, o que não foi muito bem recebido por ele. Assim, fomos os dois até o caixa, ele comprou enquanto eu estava ao seu lado e, assim que saímos do caixa, ele me disse que eu estava de má vontade. Expliquei a ele novamente qual é o trabalho do Centro de Convivência, qual é a proposta de cuidado que temos, que não passa apenas pelo estar na rua. Ou seja, que não era a nossa função fazer tudo por eles. Obviamente não citei Saraceno e falei que ele precisava habitar a rua, buscando uma autonomia dentro de seus limites. Procurei falar que estávamos ali, sim para auxiliá-los, mas não de maneira que eles não precisassem fazer nada. Ele disse que entendia e fomos até o Rio. Lá, resolveu se separar do grupo e ir em outra direção. Foi sozinho. Isso era possível de acontecer com ele. Por conta disso é que apostei que ele poderia comprar a passagem sozinho: é uma pessoa que circula sem acompanhamento, informada, que tem certa autonomia em sua circulação na cidade. Cabe lembrar que esse mesmo sujeito, em vários momentos anteriores, dizia ser perseguido e monitorado, afirmando que haviam colocado um chip em sua cabeça e que, a partir desse dispositivo, controlavam seus passos. Isso me fez, posteriormente, repensar em minha aposta entendendo o quanto ele se sentia perseguido em muitos momentos. Apesar da proposta do CeCo não ser terapêutica, é necessária uma sensibilidade quanto à clínica dessa pessoa quando nos colocamos enquanto mediadores. Não de um saber médico ou de um diagnóstico preciso, mas pensando no cuidado com aquele sujeito. Nesse caso, estar do lado era importante

mais por conta do chip controlador do que por uma possível incapacidade dele de comprar a passagem. E talvez a ideia do chip possa, muitas vezes, realmente incapacitá-lo a fazer certas coisas. Nessa situação, procurei fugir de uma posição que considerarei que seria tutelar, mas nessas realidades conviventes havia outros aspectos que poderiam ter contado para uma ação diferente.

Vou emendar em uma outra situação que ajudará na análise. O “Arte e Expressão” faz passeios quinzenalmente, mas são atividades que duram uma tarde e que usamos os transportes que a cidade nos oferece: ônibus comuns e, determinadas vezes, a barca. Cerca de uma vez por mês, há uma proposta de uma atividade maior, mais duradoura e que envolve o fretamento de um ônibus. Geralmente são excursões em que ficamos o dia inteiro em algum outro município. Em uma das vezes, fomos à Feira de São Cristóvão passar o dia, almoçar e aproveitar a tarde. Era agosto, época em que a Feira está mais movimentada e enfeitada ainda das festas juninas. Digo fomos mas, na realidade, eu não fui – a equipe se reveza nas atividades e dessa vez eu não estava. Uma semana depois, um usuário me procurou afirmando que havia reprovado o passeio e tinha uma carta a entregar para o CeCo. A minha ação foi de não aceitar de pronto, mas pedir que ele levasse essa carta para ler em uma reunião do “Arte e Expressão”, para que todos pudessem discutir como foi essa atividade.

Na semana seguinte, então, a carta de reclamação foi lida, com duras críticas à forma de passear. Dentre elas, que as pessoas que foram no ônibus sentadas em um lugar específico, na volta decidiram mudar, sentar em outro lugar, o que deixou as coisas, de acordo com esse usuário, desorganizadas. A outra, sobre uma separação de grupos lá na feira, em que nem todos ficaram juntos, e mesmo na hora do almoço, cada grupo foi para um restaurante diferente – ele e um amigo haviam combinado com um garçom que teriam duas gratuidades caso levassem determinado número de pessoas, e mesmo assim as pessoas escolheram ir a outro lugar. As críticas a esse modo de agir vêm junto com um pedido por fazer de uma outra maneira: um jeito mais uniforme, regrado. Essas práticas que foram pedidas é o que está enraizado no trabalho com saúde mental e é ao que os usuários muitas vezes estão acostumados; e é também o que define a ideia do manicômio a céu aberto, a sociedade do controle enquanto desdobramento da sociedade disciplinar, como vimos no capítulo um. Ou seja, todos juntos fazendo a mesma coisa, com horários definidos e quase uma etiqueta – ou uniforme – para definir o grupo de malucos.

A partir dessa fala, foi possível um difícil debate em que questionamos a todos os objetivos das nossas excursões, o porquê de estarmos fazendo o que fazemos. Para além

do “ocupar a mente”, precisamos falar ainda que nossos passeios sempre seriam assim, menos organizados - nesse sentido em que o termo “desorganização” foi colocado – do que outros passeios que eles estavam acostumados. A partir dessa afirmação, que os passeios do CeCo continuariam a ser assim pelos motivos que estávamos explicando, a reação dele então foi a de falar: “bom, então vou ter que me adaptar”. De certa forma, aconteceu uma adequação a um grupo que não se quer adequado a regras manicomialis. A participação dos outros usuários no debate não foi intensa, mas pontual, com afirmações de que cada um devia fazer o que estivesse com vontade, por exemplo.

Já descrevi outra cena aqui, quando refletia sobre a questão da inadequação, em que os grupos se separavam de acordo com as combinações do momento, um pegava a barca antes do outro, não havia necessidade de todos estarem juntos o tempo todo, vendo as mesmas coisas no mesmo momento. Isso é uma ideia que fica clara na reunião de equipe: a valorização da escolha de cada um, e o jeito que podemos acompanhar essa escolha. Assim, certas vezes nos dividimos, mas em outras não há essa necessidade. Recentemente, já em janeiro de 2018, havíamos marcado a ida a uma praia, com a opção de irmos ao Centro Cultural dos Correios caso estivesse chovendo. No dia do combinado, com o sol escancarado nas ruas, chegamos no ponto de encontro, em frente ao terminal rodoviário de Niterói, e encontramos três usuários pedindo para ir ao Centro Cultural. Um estava preparado para a praia, de sunga debaixo da bermuda, enquanto os outros dois vestiam jeans e diziam que não iriam à praia desse jeito. Concordamos que era um péssimo jeito (inadequado?) de ir à praia, mas questionamos os motivos daquele vestuário, já que havia uma combinação pré-estabelecida. Um deles afirmou que não sabia, tinha ido para o CAPS e de lá foi convencido pelos outros dois a ir ao passeio; o segundo disse que a única bermuda de banho que possuía não estava lavada. Enquanto conversávamos sobre a importância de uma preparação para certos passeios, como a organização para lavar a bermuda antes, por exemplo, chegaram sete usuários e dois técnicos de um outro CAPS prontos para a praia. Assim, sabendo do percurso dos dois que não estavam preparados para a praia, resolvemos falar para eles que poderiam ir para o Centro Cultural dos Correios, mas que nós iríamos à praia. Alguns fatores permitiram essa aposta: já havíamos ido outras vezes a esse espaço e, portanto, eles já conheciam; era muito próximo do terminal rodoviário e de fácil acesso andando. Eles resolveram fazer isso, acompanhados do amigo que estava pronto para a praia mas escolheu ir ao Centro Cultural também. Foi a primeira experiência que tivemos com os três em que eles foram para um local desejado desacompanhados de um técnico de saúde mental. Na

semana seguinte, na reunião do “Arte e Expressão”, nos contaram que entraram no espaço, viram as exposições, mas que acharam o lugar menor do que das outras vezes e ficaram pouco tempo.

Essas três situações me fizeram complexificar as noções tutela e autonomia. A tutela, até então, tinha para mim uma ideia negativa, em que, entre cuidado e repressão, a repressão sempre sobressaía. Já a autonomia, sempre vista como um horizonte, um objetivo, relacionada não à independência, mas às interdependências, como define Tikanori:

Entendemos autonomia como a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para a sua vida conforme as diversas situações que enfrente. Assim não se trata de confundir autonomia com auto-suficiência nem com independência. (TYKANORI, 1996, p. 57).

Gerar ordens e normas para a própria vida não é missão fácil. Elas podem ser construídas, então, a partir das vivências dos indivíduos e dos processos de mediações – e tutela? - nos quais se envolve. E, como vimos, se adequando e inadequando às situações. Mas o que teria sido o trabalho de ir ao Centro Cultural dos Correios com os usuários, para que eles depois pudessem retornar sem a presença dos técnicos? O que é o estar junto na compra da passagem das barcas? Em que ponto são acompanhamentos diferentes do que foi pedido na situação da Feira de São Cristóvão e negado pela equipe – que todos façam tudo juntos e tenhamos um passeio cheio de regras que lembram o hospício?

Se de certa forma são de uma posição tutelar certos acompanhamentos presentes no trabalho, eles podem ser estratégicos em um horizonte em que se pretende que alguém amplie sua autonomia de alguma maneira. Ao mesmo tempo, essas atitudes podem se confortar em ser a finalidade do cuidado. Merhy, em “O desafio da tutela e da autonomia: uma tensão permanente do ato cuidador”, afirma que a tutela (que ele classifica entre outorgada e conquistada) pode ter duas maneiras de agir: a que libera e a que castra.

O ato cuidador é centralmente um ato de tutela outorgada, que poderá conforme o modelo de intervenção ser ou não castradora. Pode-se dizer que todo o processo de trabalho em saúde produz “atos de saúde”, que perseguem a “produção do cuidado”. E que este, conforme as linhas de interesses que lhe dão sentido, impostas pelos vários atores em ação na sua concretude, permitirá a realização de distintos resultados, mais ou menos comprometidos com os interesses dos usuários, mais ou menos como dispositivos liberadores ou castradores de processos autonomizantes. (MERHY, 1998, p. 8)

Vou ilustrar com outra situação que é recorrente e já reparei em três tipos de atitude possíveis diante dela - certamente há mais que três tipos de atitudes possíveis,

mas vou recorrer a essas três nessa reflexão. Quando alguém está na rua e pede para tomar um sorvete, por exemplo, alguém que precisa de determinado acompanhamento mais próximo, aparecem algumas alternativas possíveis de cuidado que já experienciei. Uma delas é quando o mediador vai até o sorveteiro sozinho e compra qualquer sabor, às vezes o mesmo para mais de uma pessoa e dá na mão do usuário. Outra, é quando o mediador pergunta qual é o sabor que o usuário quer, se ele sabe quanto custa, e o convoca para ir junto conversar com o sorveteiro e realizar esse desejo. Pode-se dizer que nas duas situações há uma posição tutelar? Talvez uma posição sem tutela fosse essa terceira, que é responder: “então pega seu dinheiro, vai lá e compra”. Mas sabemos que isso não seria possível em todos os momentos para todas as pessoas, embora talvez, em certos casos, isso seja o horizonte para aquela segunda posição tutelar existir. Confesso que até agora resolvia esse problema chamando apenas a primeira posição de tutela e sendo bastante crítico a ela. Mas o que seria, então, esse exercício do mediar, esse acompanhamento próximo, esse fazer junto no cuidado?

No capítulo anterior, usei uma explicação do conceito de tutela que explicita o paradoxo que ele traz, a partir do fato de envolver proteção e repressão simultaneamente. Mas, para além de mais um paradoxo presente nesse trabalho, a mediação, certas vezes, pode envolver elementos que transformam a tutela mais em uma ponte para o que se almeja, ao invés de um simples muro que impede, pode liberar mais que castrar. Se combinamos de ir juntos uma primeira vez no Centro Cultural dos Correios e estamos na rua chamando atenção de todos sobre o caminho que estamos fazendo, o ônibus que estamos pegando, é, ao mesmo tempo, um acompanhamento tutelar, mas que pretende conseguir que alguns voltem ao local sozinhos, ou com outras pessoas, vislumbrando a esperada autonomia a partir das interdependências. Assim, ao invés de olhar de forma simplesmente negativa para o que estamos chamando de tutela, proponho enxergar a complexidade desse jogo, onde o acompanhamento se dá de formas específicas de acordo com as estratégias e os interesses envolvidos, ultrapassando simples atos de proteção e repressão, embora sem esquecer que esses também estão presentes.

Um programa que apareceu algumas vezes como sugestão para passeios em 2017 foi a ida a shoppings. Em uma primeira vez, em que o escolhido foi o Plaza Shopping, no centro de Niterói, nos deparamos com a seguinte situação: o medo de escada rolante. Dessa vez, era apenas uma pessoa, uma moça de cerca de 40 anos que frequenta o Centro de Convivência há anos e conhece bem todos ali. A princípio, insistimos, nos oferecemos para estar próximos, tentamos explicar que não havia perigo; fomos até certo ponto na

insistência quando entendemos que era o limite para ela. Assim, quase todos foram pela escada rolante e, enquanto a moça dirigia-se para as escadas normais, algum trabalhador do CeCo afirmou que ia junto e eu, quase instintivamente, interferi dizendo que não precisava. Ela, então, subiu sozinha pelas escadas normais. Seguimos o passeio, nos encontramos no andar de cima. Passando por uma hamburgueria, a mesma moça comentou que sua psicóloga já havia pagado um lanche para ela naquele local. Logo depois, com todos olhando lojas sem ter quase nenhum dinheiro para gastar, surgiu a questão: tudo bem, decidimos ir ao shopping, mas o que se faz em um shopping?

Sempre nas saídas do “Arte e Expressão”, um dos usuários leva cinco reais, que ganha da irmã, para gastar de alguma forma nesse passeio. Nesse dia no shopping, precisamos andar bastante para achar alguma possibilidade e, depois de passarmos no Starbucks e outras lanchonetes que puderam dizer que não havia nada nesse preço, entramos nas Lojas Americanas. De lá, ele saiu com um saquinho de amendoim. Além disso, vimos propagandas de jogos de videogame e, então, uma estagiária do CeCo da época lembrou que na livraria Saraiva existia a possibilidade de jogarmos videogame de graça. Fomos conhecer esses jogos, então.

Como todas as demais saídas, alguns gostaram mais que outros. Nesse dia, a moça que não gosta de escada rolante - que já é conhecida por ir a tudo sem ser muito participativa na escolha do local e, quando chegamos, sempre manifestar o desejo de ir embora, mas nunca conseguir fazê-lo sozinha – pela primeira vez, quando dissemos que ela poderia ir, de fato ela foi embora sozinha. Em seguida, quando estávamos encerrando a atividade e saindo, o rapaz que levava cinco reais comentou que queria chamar um amigo, que não pôde ir nesse dia, para vir com ele em outra ocasião para comer amendoim e jogar videogame no Plaza Shopping. Isso seria uma possibilidade real, dentro dos recursos – financeiros e simbólicos - dele, e, antes dessa ida ao Shopping, não imaginávamos que isso fosse uma das possibilidades de atividade lá dentro. Ao mesmo tempo, pensando no hambúrguer pago pela psicóloga para a outra usuária, não me parece viável essa moça voltar à lanchonete sozinha ou com algum amigo. Não que essa fosse a função desse lanche, mas talvez sejam situações dentro de um shopping que se diferenciam e que ajudam no debate para entendermos certas propostas de trabalho, como a do Centro de Convivência, que pensam nessa autonomia dentro do cotidiano.

Outro dia, no Shopping São Gonçalo, descobrimos que um morador de uma RT que estava conosco também tinha dificuldades para andar nas escadas rolantes. Só que, dessa vez, o comportamento dos técnicos foi outro. Perguntei se ele não gostaria de subir

de “escada normal” e ele insistiu que esperaria no andar de baixo. Percebi, então, que a minha fala não estava clara para ele, a diferença entre escada normal e escada rolante não estava dada. Fomos, então, até as escadas normais e, mostrando como era, perguntei se ele gostaria de subir, afirmando que iria com ele. Ele quis. Optei por trazer essas duas cenas que envolvem o medo de escada rolante para relatar mais uma vez que as ações dos mediadores não são premeditadas e a autonomia não deve ser simplificada ou entendida da mesma forma para todos. Para não ser um comportamento tutelar, poderíamos ter escolhido atender seu primeiro pedido e o deixado esperando no térreo enquanto todos estavam conhecendo o shopping. Poderíamos, inversamente, ter subido com a moça pelas escadas normais. Cada aposta foi circunstancial e de acordo com o que conhecíamos sobre cada pessoa, entendendo que

(...) a produção do ato cuidador é imediatamente um responsabilizar diante de uma intervenção, que tem uma forte dimensão tutelar, mas que pode, e deve, estar implicada com ganhos efetivos de autonomia do usuário diante do seu modo de caminhar a sua vida. (MERHY, 1998, p. 10)

No capítulo 2, refleti sobre o paradoxo que é o CeCo propor um grupo quando, na verdade, o que se pretende é diluir esse grupo em outros coletivos que estão na cidade, mais de acordo com as vontades de cada um e as construções de vida. Assim, o grupo “Arte e Expressão”, por exemplo, é uma estratégia de trabalho para a partir dele os técnicos enxergarem as vontades e possibilidades individuais presentes ali. Certas vezes, o grupo funciona como disparador de uma atividade/assunto, para que depois o usuário do CeCo possa habitar outros espaços, externos à rede de saúde. Explico com um exemplo: sabendo que existe uma demanda de vários usuários por futebol, jogos ou torneios são organizados dentro da rede de saúde mental. Mas, para além disso, procura-se o que em Niterói se oferece de possibilidades de jogos ou torneios de futebol que possamos participar. Com essa ideia, o CeCo fez uma parceria com o Programa de Esportes e Lazer na Cidade (PELC), que realiza diversas atividades na Faculdade de Direito da UFF, entre elas treinos de futsal gratuitos e em um horário teoricamente acessível aos usuários (segundas e quartas-feiras, às 14 horas).

Essa parceria foi feita para o segundo semestre de 2017, ao mesmo tempo em que começou um campeonato dos serviços da rede, denominado “Primeiro Campeonato Bola na Rede”. Neste campeonato, foram inscritos cinco times e, a partir de reuniões entre os serviços, foi criado um regulamento que determinou algumas regras, entre elas que o serviço mandante deveria fazer parcerias com algum local geograficamente próximo à

sua área de abrangência para utilização da quadra/campo, além de que em um time (de 5 pessoas) poderia ter, no máximo, dois técnicos da saúde mental. Pessoas de fora da rede poderiam participar, mas isso aconteceu muito pouco.

Para a primeira rodada, disputada na quadra da praça do Largo da Batalha, o PELC disponibilizou o professor de futsal dos treinos semanais para ser o árbitro dos jogos. Em um primeiro contato conosco, esse professor perguntou se podia apitar normalmente, ou como deveria ser a maneira de agir. Explicamos que a ideia do campeonato era que fossem jogos “de verdade”, os próprios técnicos jogariam “de verdade”, assim como os usuários. Esse termo “de verdade” aparece quase naturalmente na minha escrita. Ele é insistentemente falado nas reuniões de equipe em relação a todas as atividades. Contrapõe uma possível armação, ou uma invenção de outra maneira de fazer as coisas que facilite naquele momento a participação das pessoas, o “de mentira”, ligado a uma posição considerada tutelar pela equipe, geralmente associada a atividades restritas a usuários de saúde mental e os tratando como se eles só tivessem essa identidade. A sustentação dessa direção está ligada ao fato de que nas ruas, na sociedade, no mundo, não é desse jeito. Aqui, como de certa maneira em todas as cenas, a questão da tutela e autonomia se embola com a questão da adequação e inadequação. O “de verdade” nada mais é do que a adequação às ruas, à sociedade, a um determinado campo cultural. A autonomia, então, estaria ligada à adequação? Ou poderíamos construir outras verdades de acordo com nosso projeto de mundo?

Como descrito em outras cenas, certas vezes mudamos nossa posição de acordo com as possibilidades que cada um tem. No caso do futebol, pelas características do jogo coletivo e a ideia do campeonato “de verdade”, houve uma restrição na participação daqueles que possuem menos recursos – nesse caso, físicos ou mentais. Isso não foi visto exatamente como um problema, entendendo que nem todas as atividades são possíveis para todos.

Em todas as rodadas, procuramos divulgar o treino de futsal da PELC e começamos a frequentar esses treinos às segundas. Na prática, o que vivenciamos foi uma procura muito pequena. E quem foi, não quis voltar. Nesse treino, nos encontramos com uma turma de adolescentes que já se conheciam e não foram exatamente receptivos. Preferiam tocar a bola entre si, por exemplo, do que com a gente - e ali estávamos participando tanto técnicos quanto usuários. Não era exatamente nada relacionado ao estigma da saúde mental, mas ao desconhecido, o recém-chegado que possuía algumas diferenças. Por exemplo, as pessoas que foram conosco têm entre 30 e 40 anos. Entram questões para

habitar esse espaço que não são diretamente relacionadas aos transtornos mentais, mas sim à intersecção. Isso ilustra a afirmação de que a mediação dos técnicos precisa se atentar com questões complexas que às vezes são esquecidas na construção do trabalho, relações sociais que se dão na prática. E é claro que, nesse caso, existe a especificidade da atividade que estamos praticando: no futebol, as questões física e de faixa etária influenciam mais para a afinidade entre as pessoas do que em outras atividades. No segundo capítulo, descrevi a situação em que uma usuária do CeCo começou a frequentar aulas de dança circular e que, aos poucos, a técnica que a acompanhava se retirou quando percebeu que sua presença já não era necessária, devido à relação construída com a professora e a turma, em um exercício concreto da dupla tutela/autonomia. A proposta do futebol é a mesma, mas as situações, na prática, se mostraram diferentes.

A discussão sobre tutela e autonomia é fundamental no campo da atenção psicossocial. A partir da experiência do Centro de Convivência, pude perceber como as práticas de mediação são complexas. Precisam ser levados em conta os objetivos, a utilização de instrumentos e tecnologias, e que as decisões são tomadas sempre a partir de apostas circunstanciais, entendendo que “tornar os nossos estabelecimentos de saúde lugares de tutelas que produzam cidadania é um compromisso ético-político dos nossos agires tecnológicos” (MERHY, 1998, p. 17). Nessa prática, juntando as questões da adequação e inadequação à reflexão sobre tutela e autonomia, pude perceber o termo “emprestar” sendo usado muitas vezes, no sentido em que os técnicos precisariam emprestar alguns saberes, experiências e, de certa forma, o que consideram cultura, para que os usuários conseguissem criar uma rede mais efetiva na cidade. É nessa reflexão que me debruçarei a partir de agora: até que ponto esse “emprestar” é importante e como aparece o que chamarei de etnocentrismo nessa prática?

3.3 “Acessando a cultura a galera pede bis”? As questões culturais e a posição do mediador

No “Arte e Expressão”, como disse anteriormente, temos reuniões em que são decididas coletivamente as atividades a serem feitas. Acontece que, depois de um tempo, percebe-se que os locais frequentados são sempre teatros eruditos ou museus em áreas nobres e, normalmente, sugeridos pelos técnicos da saúde mental, quando não aparecem mais ideias nos encontros. Nesses lugares escolhidos, há também uma forma de frequentar: em um Teatro Municipal, por exemplo, há regras de vestuário e

comportamento esperados durante o espetáculo. Essa adequação, então, se assemelha àquela situação de tirar a camisa na praia? Ora, se pensarmos que também é um lugar estranho em que precisam ser feitas certas adaptações, pode-se dizer que sim. Mas a praia é um território comparável ao Teatro Municipal? Aí é importante fazer uma observação que está intrínseca a todas as cenas anteriormente retratadas: trabalhamos com a rede pública de saúde, em que a grande maioria dos usuários tem recursos financeiros precários, em uma intersecção que necessita ser pensada. Isso não significa que seja uma questão unicamente financeira, pois o Teatro Municipal tem uma política de formação de plateia que doa ingressos para buscar novos públicos. É, mais que isso, uma questão de espaço simbólico muito mais que geográfico. Quem pertence àquele lugar?

Nesse sentido, podemos resgatar Serpa (2013, p. 174) que, dialogando com Bourdieu, analisa a apropriação de determinados espaços na dialética entre capital cultural e capital econômico. A exclusão funciona nessa dinâmica e a partir dela o próprio grupo que foi estereotipado por um outro assume esse estigma, às vezes até de modo inconsciente, no caso tratado aqui tanto em relação à classe social quanto à loucura.

Os estigmas e estereótipos resultantes da dialética entre capital cultural e capital econômico revelam, por outro lado, a segregação como “representação”. Nos processos de apropriação social do espaço público na cidade contemporânea, as diferentes classes sociais e frações de classe vão produzir representações, representações estas que podem legitimar também processos de segregação socioespacial, sublinhando o caráter simbólico da segregação e seus reflexos nos processos de reprodução social no espaço urbano. (SERPA, 2013, p. 175).

Para frequentar certos espaços, a disputa, então, passa a ser pela produção das representações, ou seja, pela desconstrução de certos estigmas que não são apenas relacionados à loucura. Retomando a reflexão sobre adequação e inadequação, é necessário perceber que, para além de um processo de incorporação ao dominante, é possível haver uma interferência em práticas hegemônicas, entendendo que a hegemonia não é algo unívoco, mas sim um processo de estruturas complexas que precisam ser defendidas e recriadas e, portanto, podem ser desafiadas e modificadas (WILLIAMS, 2005).

O incômodo com o “emprestar”, no sentido já anteriormente citado, em que os técnicos precisariam “emprestar” alguns saberes, experiências e, de certa forma, o que consideram cultura para os usuários, foi tema exaustivamente debatido em equipe, inclusive em um seminário interno que acontece anualmente e pretende refletir sobre o que foi feito para planejar atividades futuras. Esse “empréstimo” é considerado primordial

no trabalho, visto que alguns usuários passaram grande parte naquela cultura manicomial, institucional, e passam a não conhecer mais outros hábitos, símbolos, relações. Mesmo reconhecendo essa importância, o incômodo permanece e procuramos saber mais da vida de cada um, o que talvez um pudesse emprestar para o outro dentro daquele grupo. Na introdução desta pesquisa resgatei as diferentes experiências que, assim que comecei a trabalhar no CeCo, tive em dois museus diferentes: enquanto no Museu Janete Costa de Arte Popular nos ofereceram uma visita *mediada*, no Museu de Arte Contemporânea tivemos uma visita *guiada*. Enquanto na primeira pudemos traçar nosso próprio caminho no museu, observando de forma não linear as exposições, sem deixar de sermos acompanhados pelo mediador, que comentava as obras; na segunda visita tínhamos um roteiro pronto e o guia não nos deixava sair dele, em uma tutela mais próxima do castrar do que do liberar. Era isso que a equipe do CeCo debatia: como ser mais mediador do que guia? Além disso, o termo “emprestar” pressupõe uma devolução, não é? Qual seria a expectativa dos técnicos, então?

Para falar sobre isso, necessariamente precisamos entrar em um debate sobre cultura. Entendendo que “a cidade transforma tudo, inclusive a matéria inerte, em elementos de cultura” (RIMBAUD *apud* SANTOS, 2006, p. 221), o que exatamente estamos chamando de cultura?

No samba do bloco Loucos Pela Vida de 2016, aparece o seguinte verso: “Alegriarte³⁷/pra vida ser mais feliz/acessando a cultura/a galera pede bis”. Esse foi o último ano em que o samba foi composto coletivamente, com cada um contribuindo com um pouco, desde técnicos até familiares e usuários – em 2017 e 2018, o samba foi decidido a partir de um concurso, em que quem quisesse escrevia seu samba e apresentava para uma banca de jurados. A partir desse trecho e da observação em reuniões e atividades, parece claro que esse conceito de cultura como sinônimo de cultura erudita, como sendo “A” cultura que precisamos acessar, é dominante na rede. Talvez por isso nos vimos em um momento indo apenas a teatros eruditos e museus. O acesso à cidade, então, se resumiria a habitar espaços relacionados a essa cultura dominante? Essa ideia de “evolucionismo”, onde uma cultura é superior à outra - que seria a primitiva e anterior àquela referência - é trabalhada e refutada por antropólogos e outros pesquisadores principalmente entendendo certos símbolos diferentes na comparação entre povos distintos.

³⁷ Neologismo criado por um dos compositores

Assim, aquilo que pode ser engraçado em uma cultura específica, por exemplo, pode ser considerado trágico em outra. Visto em um nível mais micro, dentro de uma mesma cidade essas diferenças culturais também são relevantes, no que chamamos de uma cidade partida em várias. Se esse processo que chamamos de etnocentrismo é tomar como única e legítima a sua própria cultura, como “emprestar” sem ser etnocêntrico?

Essa foi outra das questões que me moveu nesta pesquisa. Como achar o caminho desse labirinto em que se precisa passar certos valores, ideias, mostrar certos lugares, e, ao mesmo tempo, ter o cuidado de entender o contexto do outro, os outros valores que trazem, os territórios que já ocupam?

De forma muito frequente, o mundo da rede de cuidados é pautado pela ideia de uma forte centralidade nas suas próprias lógicas de saberes, tomando o outro que chega a este mundo, o usuário, como seu objeto de ação, como alguém desprovido de conhecimentos, experiências. Nesse encontro só há espaço para reafirmar o já sabido, o saber que eu porto em relação ao outro, a maneira que o profissional da saúde considera ser o “correto”, discursando para aquele que nada sabe qual é o modo “mais saudável, a melhor forma de viver”. Esse encontro, assimétrico, e sua assimetria não provém do fato de não incluir a diferença, mas de transformar as diferenças em desigualdades de saber e de formas de vidas onde há uma propriedade exclusiva de certo saber de alguns em relação aos outros. (MERHY, et al., 2014, p. 156).

Para começar, analisando a própria equipe de técnicos do Centro de Convivência, consegui entender que, na verdade, não estava no costume de ninguém ali frequentar o Teatro Municipal ou aqueles museus. Muitos foram pela primeira vez junto com o CeCo. Nesses casos que me intrigavam, não estávamos emprestando nossa vivência, mas o que entendíamos por cultura, relacionada principalmente a certos equipamentos culturais – e, por esse ponto de vista, nós mesmos não estaríamos “acessando” a “cultura”. O nosso “emprestar” era muito mais no sentido de como chegar a esses espaços (tutela?), como se vestir ali (adequação?), o que levar etc.

Certa vez, enquanto aguardávamos para entrar no Teatro Municipal, um usuário do CeCo me contou a importância de estar em espaços como aquele, ao qual ele dificilmente teria acesso. Fez ainda uma distinção comparativa entre as pessoas que ali estavam e aquelas da “galera do churrasquinho”, que seriam pessoas que moram na comunidade onde ele mora, que falam alto e que supostamente não têm educação. Coloquei que esses eram aspectos culturais que não eram necessariamente melhores ou piores do que quem frequentava o Teatro Municipal. Os contextos eram distintos. A partir de alguns apontamentos, a conversa se desenrolou ao ponto de chegarmos a falar dos bandidos de terno e gravata, que exploram os mais pobres, mas supostamente têm

educação, e da pessoa honesta e inteligente que é pobre, fala alto e gosta do churrasquinho. Ali, realmente a questão do acesso sobressaía, quando historicamente o Teatro Municipal foi ocupado majoritariamente pelas classes altas. Mas, para além disso, nesse espaço foi possível conversar sobre diferenças e, de certa forma, sobre essa dialética entre capital econômico e cultural. No final, ele me disse que achava importante frequentar esses espaços, mas que não pagaria o valor da entrada: se precisasse escolher onde investir seu dinheiro, pagaria os remédios que estão em falta no posto de saúde.

Vejamos, a partir desse exemplo, tentativas inversas: com o incômodo de somente surgirem sugestões para visitas a um mesmo padrão de lugares na reunião, há um esforço para se descobrir outros que estivessem mais próximos às realidades (conviventes) dos usuários. Assim ocorre a cena do café no supermercado Guanabara, descrita no capítulo 2 desta dissertação. Vamos a uma galeria de arte e, acabada a visita, insistimos para que os usuários sugerissem alguma atividade possível nas proximidades. Surge, então, a ideia de tomarmos um café gratuito no Supermercado Guanabara. Nessa mesma linha, pudemos descobrir coisas a fazer dentro de um shopping que não estavam na programação: jogar videogame e comer amendoim. No verão, a partir da ida à praiha de Piratininga, todos começaram a pedir outras praias e, assim, conhecemos quase todas as praias de Niterói.

Em outra ocasião, surgiu a ideia de irmos à Florália, que é uma espécie de sítio onde são expostas e comercializadas o mais variado tipo de plantas. Feita a sugestão, a primeira questão que surgiu, vinda dos técnicos, é se não seria um lugar perigoso, principalmente por estar localizado no bairro do Caramujo, estereotipado como um dos lugares mais perigosos da cidade. Esse debate persistiu até o dia programado para o passeio, quando tomamos a decisão de ligar para o espaço e nos informaram que não havia problema algum. Ao mesmo tempo, alguns usuários colocaram que já conheciam aquela área, pois moravam próximos. No dia, então, pegamos o ônibus no terminal rodoviário e nos encaminhamos para o destino. Talvez esse espaço do ônibus, do caminho, seja um dos mais interessantes para pensarmos o cotidiano de fato. Nessa ida, pude sentar do lado de um usuário de um CAPS e do CeCo que foi me mostrando cada lugar que passávamos, descrevendo, caracterizando, lembrando de histórias, me “emprestando” seus conhecimentos. No final, falou que poderia ter me cobrado um “dinheirinho”, pois havia sido meu guia naquele caminho. Aconteceu, nesse caso, quase que uma inversão de papéis: de certa forma, me senti um pouco tutelado por ele e, ao mesmo tempo, fui apresentado a espaços e histórias que não conhecia. Apesar de alguns

usuários conhecerem bem o caminho, inclusive porque moravam perto, nem mesmo eles tinham ido à Florália anteriormente.

Explorar territórios que saem do eixo Centro-Icaraí-Ingá, que é onde está concentrada a grande maioria dos equipamentos culturais da cidade, foram experiências fundamentais para pensarmos essa questão das culturas e mesmo do que estamos chamando de cidade. O local em que vários técnicos estavam com medo de ir estava, na verdade, em um bairro mais próximo da casa de muitos dos usuários do CeCo. Ampliarmos os horizontes espaciais/culturais tornava-se uma questão a ser considerada. Resgato um outro exemplo dentro dessa mesma temática: semanalmente, em reuniões de planejamento, um usuário insistia em sugerir a visita ao Shopping São Gonçalo. Tal visita foi adiada por meses, até que duas técnicas apostaram na proposta e disseram que também gostariam de ir. Com isso, o resto do grupo se animou e, em um dia chuvoso, quando não esperávamos que ninguém fosse aparecer, nos vimos pegando um ônibus no Terminal, rumo a São Gonçalo, com cerca de 10 usuários. Cada um explorou o shopping de uma maneira e, de um modo geral, foi considerado um passeio interessante e proveitoso na reunião da semana seguinte. Se pensamos nas culturas como essas teias de significados, que envolvem não só lugares ou práticas artísticas, mas costumes, crenças e outros valores que temos na vida, há possibilidades diferentes de habitar a(s) cidade(s) de Niterói, assim como de “re-conhecer, nos sinais que vêm da rua, um conjunto vivo de estratégias, de novas modalidades, formas de criar sentido, de produção de outras redes, de outros territórios existenciais e, com elas produzir outras e diversas redes de conexões.”(MERHY, et al., 2014, p. 159). Também são esses aspectos culturais que nos fazem pensar sobre o que é adequado ou não em determinada cultura:

A atitude mais antiga e que repousa, sem dúvida, sobre fundamentos psicológicos sólidos, pois que tende a reaparecer em cada um de nós quando somos colocados numa situação inesperada, consiste em repudiar pura e simplesmente as formas culturais, morais, religiosas, sociais e estéticas mais afastadas daquelas com que nos identificamos. "Costumes de selvagem", "isso não é nosso", "não deveríamos permitir isso", etc., um sem número de reações grosseiras que traduzem este mesmo calafrio, esta mesma repulsa, em presença de maneiras de viver, de crer ou de pensar que nos são estranhas. (LÉVI-STRAUSS, [1952] 1993, p. 4).

Repito: separei, em nível de organização, esse capítulo em três eixos temáticos que, durante as situações e questões, se misturaram o tempo inteiro. Aspectos culturais e sociais que determinam, por exemplo, o que é adequado ou inadequado e esse grau de adequação muitas vezes está ligado à autonomia do sujeito. Quando introduzi as

propostas do CeCo de Niterói no capítulo 2, chamei a atenção para uma mediação que se propunha a acontecer nas fronteiras, entendendo fronteira enquanto lugar de comunicação entre diferentes. Acontece que a cidade não é um território estático e simples, em que o contato entre pessoas se dará sempre da mesma forma. A recepção de uma turma de futebol foi diferente de uma turma de dança, como vimos; a visita *guiada* em um museu é experiência diferente de uma visita *mediada* em outro museu; o debate em um cineclube sobre questões sociais importantes é diferente do debate em uma reunião do “Arte e Expressão”; a experiência de subir em uma escada rolante não é a mesma para todos; shopping pode ser para jogar videogame e supermercado para tomar café; e por aí vai.

Para finalizar este capítulo, último da dissertação, em que procurei relatar minha experiência em algumas atividades do CeCo e me aprofundar em algumas das várias questões que essas experiências deixaram, trarei uma última cena que ilustra a complexidade e intersecção presentes no cotidiano.

Como citei em outro momento, os períodos que antecedem ou sucedem a atividade são, por vezes, os que geram os melhores debates e as melhores reflexões: as caminhadas, as filas, o andar no transporte público, situações em que a maior parte das pessoas passa a maior parte do tempo de suas vidas. Certa vez, em maio de 2017, estávamos em uma Tarde Musical no quiosque da Magrinha, em Charitas. Uma moça de cerca de 40 anos, usuária do CAPS e do CeCo, estava aproveitando pouco a música e, de certa forma, atrapalhando os demais. Já a conhecemos há muito tempo e algumas vezes ela consegue aproveitar mais que outras. Nessa, estávamos precisando pedir para ela parar o que estava fazendo, quando gritava outras coisas no meio das músicas, chamando a atenção de todos. O tempo inteiro, tentei convidá-la para a atividade, tocando músicas que sabia que ela gostava ou perguntando o que ela queria cantar/tocar. Nada foi possível nesse dia – aliás, a música, daquele jeito naquele lugar, não foi possível. Ela foi passear e depois voltou, já no final da atividade. Indo embora e conversando, descobrimos que pegaríamos o mesmo ônibus. Ela, então, perguntou se eu não queria entrar como acompanhante dela (existe um tipo de vale-transporte social que dá direito a um acompanhante). Aceitei. Toda a experiência do quiosque, que se resumia a barulho, algumas falas sem muito sentido, dentro do ônibus viraram silêncio. Olhar voltado para a janela. De repente, uma frase/questão: “todo o mundo mora em cima do morro?”. Não respondi diretamente, fiquei surpreso, e perguntei o que ela achava. Ela me contou que todo o mundo que ela conhecia morava em cima do morro. Logo em seguida, perguntou se eu morava. Eu respondi: não. Três semanas depois, no mesmo ônibus, resolveu falar sobre seus estudos:

ficou na escola até a quinta série do ensino fundamental, apontando que estudou muito mais do que a irmã que hoje em dia cuida dela. Continuou dizendo que estava tendo aulas de português e matemática no CAPS e que era a melhor aluna. Perguntei se ela já tinha pensado em voltar a estudar fora do CAPS. A resposta foi certa: não dá. Não dá para estudar à noite porque não pode sair à noite. E não dá para fazer aulas de dia porque pessoas da idade dela não fazem aulas de dia.

Os deslocamentos pela cidade se dão de formas muito diferentes: depende do dia, do lugar, dos encontros, das identidades múltiplas de cada um. Essa conversa no ônibus, assim como as outras cenas que trouxe neste capítulo, ilustra o cotidiano complexo que é o campo de trabalho do Centro de Convivência. As mediações agem nesse terreno, de formas também múltiplas de acordo com as realidades conviventes. Procurei trazer as questões que o campo me mostrou a partir dessa dinâmica, aprofundando essas questões organizadas nos eixos temáticos que propus. Pensar adequação/inadequação, a relação tutela/autonomia e o técnico do CeCo enquanto sujeito mediador parece urgente em um trabalho que se mostra, perante a luta antimanicomial e as atuais perspectivas, bastante relevante para a atenção psicossocial.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em dezembro de 2017, sete estagiárias apresentaram para a equipe seus trabalhos de final de estágio. Os trabalhos me chamaram muita atenção. Essas estagiárias chegaram em meio a um processo de mudanças no CeCo, com uma transição na coordenação do serviço, seguida de outra logo depois. Alguns dos escritos iniciavam com a informação sobre um desconhecimento de qual era o trabalho que o Centro de Convivência fazia. Quando apresentadas à proposta, aconteceu uma fase de encatamento a partir do discurso apresentado pela equipe do CeCo. Entretanto, ao final da experiência do estágio, uma série de críticas e incômodos apareceram. Percebi essas críticas em dois níveis que, sem dúvida, estão relacionados: o primeiro, referente ao distanciamento entre a proposta e a prática; o segundo, ligado à procura pela validade do trabalho, a falta de recolhimento de efeitos desse trabalho, a busca frustrada em achar a clínica no trabalho do Centro de Convivência.

Essas críticas me chamaram atenção justamente porque envolviam temáticas que, diretamente ou não, atravessavam minha pesquisa. Tentei entender, a partir das ações, como esses dois níveis da crítica aparecem na prática, mas, para além disso, a partir de que lugares essas críticas eram construídas. Como vimos no capítulo 1, o saber técnico sobre a loucura fica com determinada classe, de modo hegemônico a médica, mas não é só ela que faz o papel de sabedora legítima do que está acontecendo: profissionais ligados à psicologia, à psicanálise ou a outros saberes também podem exercer esse papel. Nesse sentido, acredito que a busca incessante pela clínica, seja ela *stricto sensu* ou ampliada, pode, em alguns momentos, travar o entendimento do trabalho que o Centro de Convivência faz atualmente. Ao mesmo tempo, é recorrente o discurso da coordenação da equipe de afirmação de que o que o CeCo faz é clínico sim, e precisa ser. Porém, no cotidiano fica, por vezes, difícil enxergar os efeitos, principalmente clínicos, do trabalho que está sendo feito. E não é porque não está sendo feito. Essa relação clínica/vida não é fácil de ser pensada. Peço, então, a ajuda de Moebius e Merhy, que propõem o que, para mim, é a proposta do Centro de Convivência de Niterói:

(...) uma terceira margem para uma clínica que segue seu curso pluridimensional, mas deve ser limitada em todas as suas dimensões, para não ser totalizante, para não colocar a vida a serviço da clínica, mas no seu devido incerto lugar colocar a clínica a serviço de viver a própria vida, entendendo que deve ser ampliada a vida, antes que a

clínica; pois, se clinicar é preciso, viver é impreciso e mais. (MOEBUS, MERHY, 2015, p. 10).

Acredito que, para a análise da prática do Centro de Convivência, a noção de projeto de vida e de autonomia me ajudaram mais do que o pensamento por uma via clínica, talvez pelo meu lugar de fala, que passa mais pelo viés das redes, culturas, territórios, do que pelo da psicologia. No campo da atenção psicossocial, tendo a olhar, certamente, mais para o social do que para o psico.

No capítulo 1, afirmei que as análises aqui feitas não têm caráter conclusivo, mas visam contribuir e aprofundar debates que envolvem o trabalho com a saúde mental. Portanto, preciso já deixar claro minha dificuldade de concluir esta dissertação, que é fruto do trabalho ao qual dediquei minha vida nos últimos quatro anos. Certamente ela não abarcou a totalidade do que é o trabalho do núcleo de cultura do Centro de Convivência. Seria impossível fazer isso e, a partir desse entendimento, priorizei alguns assuntos que mais me chamaram atenção no período trabalhado. Com isso, procurei levantar questões e aprofundá-las, entendendo que essas reflexões podem voltar para o Centro de Convivência na prática, contribuindo na construção do trabalho daqui para frente. Se escrevi essa dissertação a partir das vivências e convivências, ou seja, da prática, essas reflexões só fazem sentido se traçarem um caminho de volta. A teoria, sem a prática, não faz muito sentido para mim.

Procurei deixar claras as propostas de trabalho atuais do Centro de Convivência, mas não enquanto propostas fechadas pois, como vimos, durante sua história já teve diferentes funcionamentos e essas propostas continuam sendo fluidas, sendo repensadas também a partir do que acontece na prática. Assim, com base em ideais construídas na luta antimanicomial e pensando e repensando o trabalho a partir das práticas, ora a dinâmica já foi mais próxima do que propõe a extinta portaria do CeCo, por exemplo, para depois se distanciar com base em outras convicções, que levam ao trabalho de articulação com a cidade como prioridade. Com as cenas trazidas no capítulo 3, pude perceber que nem tudo funciona exatamente como o previsto, que as situações não são dominadas pelo técnico de saúde mental, são escorregadias, afinal as realidades são múltiplas e conviventes. Já a mediação acontece através do uso de estratégias que envolvem a tutela em suas várias faces, com o mediador utilizando o que tem de ferramentas, priorizando a tecnologias leves (MERHY, FEUERWERKER, 2009) no cuidado, nas ruas, e esbarrando de diferentes formas no que a cidade traz, enquanto território também múltiplo e complexo.

Todo ano, como já dito no capítulo 1, o Centro de Convivência recebe pessoas que estão em formação - estagiários, residentes ou especializando - e geralmente elas passam o período de um ano trabalhando no serviço e, ao mesmo tempo, estudando. Optei por começar esta conclusão com um relato das estagiárias de 2017, entendendo que essas pessoas são importantes para o trabalho do CeCo, tanto na prática de trabalho, quanto nos estranhamentos e debates que constroem as propostas que são seguidas. No início de 2018, três residentes e uma especializanda, todas psicólogas, acabaram seus ciclos no CeCo e, como parte do trabalho final, resolveram escrever uma série de recomendações³⁸ para as novas residentes que estão chegando. Trago também essas “dicas” deixadas para me ajudar na análise sobre os efeitos desse trabalho tão complexo que, como colocado há pouco, às vezes não são fáceis de serem vistos.

Já para o coletivo *Arte e Expressão à Vista* pedimos que se atentem a cada ideia, não dando apenas importância ao que foi eleito por votação. Os pedidos mais estrangeiros e esquisitos, como o de ir ao shopping de São Gonçalo ou visitar Florália, podem ser surpreendentes! (...) Nosso trabalho de tecer referências possibilita lançar mão de outros recursos em diferentes situações e recolher ali a incidência dos efeitos. Esse é o trabalho que a gente aposta que possa acontecer. Que não recua diante daquilo que acontece como dificuldade, que se reposiciona e aposta em novas estratégias.³⁹

O que seriam os citados pedidos “esquisitos”? No período que trabalhei no CeCo, a posição do mediador enquanto sujeito que se propõe a “emprestar” certas práticas culturais esteve presente, assim como a preocupação sobre o excesso desse empréstimo. O cuidado passa a ser também para entender os sujeitos ali pela sua vivência que já existe na cidade e da possibilidade de se deixar surpreender. Esse “conselho” é efeito justamente desse debate; é, ao mesmo tempo, produto do trabalho e produtor de novas práticas. Nem sempre essa discussão foi apropriada pela equipe e, a partir desse texto de despedida, é importante observarmos a relevância dada ao assunto. Chegamos a conclusão, então, de que hoje a equipe do CeCo trabalha as questões culturais escutando e emprestando, deixando-se surpreender e ao mesmo tempo se colocando? Que conclusão seria essa?

Não acredito que possamos definir uma mediação ideal, um ponto de chegada, de sucesso, em que poderíamos permanecer repetindo técnicas que tornariam o trabalho eternamente satisfatório. Busquei expressar em palavras e ilustrar com situações concretas que não é acabando com todo o tipo de tutela que se atingirá a autonomia.

³⁸ O documento está anexo a este trabalho.

³⁹ Ver anexo III, p. 134

Vivemos em uma cidade complexa e trabalhamos com pessoas complexas, o que torna o trabalho de convivência também complexo e paradoxal, com angústias e alegrias ao mesmo tempo. Não sei dizer qual é o ponto exato onde a tutela deixa de ser liberadora e passa a ser castradora. Isso não significa que não exista um esforço cotidiano de pensar no assunto, de procurar esse ponto. Acontece que o ponto não existe por si só, existe nas relações, nas pessoas e nos espaços; e esses três elementos não são sempre iguais.

Sobre as adequações e inadequações - talvez os termos que mais me incomodaram e impulsionaram minha vontade de pesquisar o trabalho do CeCo -, é importante ressaltar, a partir das vivências, como é possível relativizá-los. Às vezes, são termos utilizados sem complemento: “fulano está inadequado”. Inadequado a quê? Para estar onde? São perguntas que talvez sejam importantes para não naturalizarmos o mundo social, o que chamamos de cidade, enquanto espaço estático com regras fixas a serem seguidas cegamente. Ao mesmo tempo, tendo uma direção de projeção de futuro baseada no respeito ao próximo, nos direitos humanos, no exercício da alteridade, certas adequações se mostram imprescindíveis. Não é possível, por exemplo, ser racista, machista ou homofóbico nessa perspectiva. E isso não está dado para a sociedade, pois por muitas vezes ela se mostra racista, machista e homofóbica, por exemplo. A questão que fica então é: em uma mediação entre loucura e cidade, ao que queremos que cada um esteja adequado? Não pretendi, nesta pesquisa, responder essa pergunta de forma simples, mas mostrar justamente que precisamos pensar mais sobre isso, aprofundando o debate.

A questão da intersecção é outra que aparece com relevância no trabalho do CeCo. Acredito que pude passar por ela, mas que só ela daria um trabalho inteiro de pesquisa. Um dos aspectos que mais percebi no campo é que os usuários da rede se relacionam com a sociedade não apenas como malucos, com aqueles estigmas construídos ao longo da história, mas com suas identidades múltiplas, que envolvem outros aspectos também importantes. Assim, são aceitos ou rejeitados em determinados espaços e por determinados grupos a partir de um emaranhado de aspectos, que podem envolver desde a idade, como vimos na questão do futebol, até o gênero, classe e por aí vai. Esta última aparece mais destacada enquanto fator comum entre os usuários, entendendo que as pessoas que utilizam o Centro de Convivência têm, em sua maioria, baixo poder aquisitivo. Portanto, apesar da multiplicidade identitária que cada um trará, certos traços aparecem mais que outros. Nessa tentativa de se relacionar com o social, para alguns os transtornos mentais vão aparecer com mais importância, enquanto para outros vai haver distintos fatores que serão impeditivos ou facilitadores para essa relação acontecer. E é a

partir desses aspectos, para além da questão da loucura, mas também com ela, que se adequa ou não, que se negocia ou resiste. Essas questões podem e devem ser aprofundadas em outras pesquisas que virão, entendendo que não a esgotei nesta dissertação.

Outra questão que, por definir certas prioridades, não trouxe nesta pesquisa, mas que acho relevante na prática de trabalho do Centro de Convivência, é sua relação com os outros serviços da rede, principalmente os CAPS. Isso merece ser colocado, pois o trabalho do Centro de Convivência, que Pedro Gabriel Delgado (2018) define enquanto complementar, não existe sem essa relação. Muitos usuários chegam ao CeCo por indicação do próprio CAPS, enquanto atividades que estarão incluídas no projeto terapêutico individual do usuário, mesmo que sejam atividades não terapêuticas stricto sensu. Essa relação merece um aprofundamento. Escolhi não fazê-lo no espaço desta pesquisa, mas não poderia deixar de registrar isso aqui. Também cabe citar as inúmeras dificuldades estruturais que os serviços passam diariamente. O vínculo de trabalho em Niterói é precário, muitos usuários enfrentam dificuldades para tirar seu vale social (quem faz tratamento tem direito a passagens gratuitas nos transportes públicos), os serviços muitas vezes enfrentam dificuldades com o local onde estão situados. Trabalhei também aqui a centralidade que o hospital psiquiátrico tem no município, problema importante na rede. Assim, em meu ponto de vista, defendido no correr da dissertação, parece urgente seu fechamento, assim como a criação de um CAPS 3, ampliação das Residências Terapêuticas e emergência em um Hospital Geral.

Como trouxe no capítulo 2, ao pesquisar o Centro de Convivência de Niterói em 2006, Monnerat chega à conclusão de que, naquela época, os usuários demonstraram possuir um pequeno grau de autonomia e uma pequena rede de relações. Pensando sobre isso, achei necessário trazer uma última situação, ocorrida recentemente. Caminhando do Centro de Convivência para o espaço cultural “Abrigo de Bondes”, em que fomos ver uma exposição e nos informar sobre cursos, um dos membros do grupo, usuário do CAPS Casa do Largo e do CeCo, resolve contar, não como um grande evento ou notícia, mas de maneira ordinária, cotidiana, em um desses papos que acontecem nos caminhos, que no domingo havia ido à praia. Questionei com quem, como tinha sido, como estava a praia. Ele, então, me disse que foi sozinho, que a prima havia permitido que ele saísse por cerca de meia hora. Pegou o ônibus e foi. Disse ainda que a praia estava muito cheia, mas que conseguiu mergulhar: pediu para algumas pessoas olharem suas coisas e entrou no mar. Mais uma vez retomando a questão das realidades conviventes, dependendo da maneira que olhamos essa situação, pode não nos dizer absolutamente nada. Entretanto, levando

em conta a história dessa pessoa, talvez tenha sido o efeito do trabalho do Centro de Convivência que apareceu de forma mais clara até aqui. Há um ano atrás, era improvável ou mesmo impossível que tal situação fosse possível de acontecer com a mesma pessoa.

A partir disso, e das claras diferenças de ideia de trabalho que tem o CeCo de Niterói de 2017/18 para aquele de 2006, é importante registrar que alguns usuários efetivamente conseguiram aumentar seu grau de autonomia com auxílio da mediação feita pelo Centro de Convivência. Apesar disso, o trabalho individual a partir dos grupos, que está dentro da proposta da equipe, ainda acontece muito pouco na prática. A ideia é que pudessem ser observadas as demandas de cada um, os ditos projetos de vida, para que a equipe pudesse auxiliar nesses projetos de alguma forma. Na prática, isso ainda acontece pouco.

Não poderia finalizar de outro jeito que não falando da luta antimanicomial. Sem dúvida, os serviços substitutivos são parte importante dessa luta, que está sempre em construção e sofrendo várias ameaças, principalmente a partir de medidas extremamente conservadoras que pude compartilhar aqui, como a ascensão das comunidades terapêuticas e os projetos que deslegitimam o cuidado interdisciplinar, descentralizador. Junto com isso, fica claro que a luta antimanicomial não se resume aos serviços de saúde. Aparece, sim, enquanto movimento social, que precisa cada vez mais se aproximar de outras lutas, pois nada mais é do que uma luta por cidadania, por respeito, por uma vida melhor para quem foi massacrado ao longo da história. No meu percurso, que envolve o trabalho na ponta e ao mesmo tempo a pesquisa, a teoria, isso é o que fica mais claro enquanto necessidade para construção de um futuro de sociedade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVAREZ, Ariadna Patricia Estevez; SILVA, Jessika Oliveira; OLIVEIRA, Ana Caroline de Moraes. *Centro de convivência e cultura: diálogos sobre autonomia e convivência*. ECOS: Estudos Contemporâneos da Subjetividade, Campos dos Goytacazes, RJ, v. 6, n. 1, p. 5-19, jun. 2016.

AMARANTE, Paulo; COSTA, Ana Maria. *Diversidade Cultural e Saúde*. Rio de Janeiro: CEBES, P. 41 a 51, 2012.

AMARANTE, Paulo. (Coord.). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

_____. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

ASSIS, Machado de. *O Alienista*. In: *Contos de Machado de Assis, v. 6: desrazão / Machado de Assis; João Cezar de Castro Rocha(org.)*. Rio de Janeiro: Record, [1881]2008.

AZEVEDO, Elisângela Braga de. *Rede de Cuidado da Saúde Mental: tecendo práticas de inclusão social no município de Campina Grande-PB*. 2010. 145 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2010.

BARROS, Denise Dias. *Jardins de Abel: desconstrução do manicômio de Trieste*. São Paulo: EdUSP/Lemos, 1994.

BASAGLIA, Franco. *A destruição do hospital psiquiátrico como lugar de institucionalização: mortificação e liberdade do "espaço fechado"*. In: AMARANTE, Paulo. (Org.). *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BAUMAN, Zygmunt. *Turistas e vagabundos*. In: *Globalização: as consequências humanas*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1999.

BOURDIEU, Pierre. *A identidade e a representação: elementos para uma reflexão crítica sobre a ideia de região*. In: *O poder simbólico*. Lisboa/Rio de Janeiro: Difel/Bertrand Brasil, 1989.

_____. *Efeitos de lugar*. In: *A miséria do mundo*. Petrópolis: Vozes, 2008.

_____. *A ilusão biográfica*. In: AMADO, Janaína e FERREIRA, Marieta de Moraes. *Usos e abusos da história oral*. (8ª edição) Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 396 de 7 de julho de 2005. Texto disponível em: <https://goo.gl/dNmRMR>. Situação disponível em: <https://goo.gl/PdK3Yr>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei 10.216, de 6 de abril de 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm

- BOAS, Franz. *Antropologia cultural*. Rio de Janeiro: Zahar, 2005.
- BUTLER, Judith. *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.
- CASTEL, Robert. *A Ordem Psiquiátrica: a idade de ouro do Alienismo*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.
- CASTRO, M. B. *Implantação do centro de convivência e cultura da rede de atenção psicossocial de Goiânia: olhares dos usuários, trabalhadores e gestor*. 2014. 188 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2014.
- CERTEAU, Michel de. *Caminhadas pela cidade*. In: *A invenção do cotidiano*. Vol. 1 – Artes de fazer. Petrópolis: Vozes, 1994.
- CHARTIER, Roger. *Cultura popular: revisitando um conceito historiográfico*. Estudos Históricos, Rio de Janeiro, v. 8, n. 16, 1995.
- COELHO, Teixeira. *Nem tudo é cultura*. In: COELHO, T. *A cultura e seu contrário. Cultura, arte e política pós 2001*. São Paulo: Iluminuras; Itaú Cultural, 2008. p. 17 a 48.
- COSTA, Suely. *Inserção Social? O que é... Como fazer...*. In: BERENGER, Maria Emília, DE SÁ, Ricardo, FONSECA, Sandra, BEZZ, Sérgio, COSTA, Suely(Org.). *Desinstitucionalização e psicose: experiências clínicas*. Niterói: EDUFF, 2008.
- DAGNINO, Evelina. *Os movimentos sociais e a emergência de uma nova cidadania*. In: _____. *Os anos 90: política e sociedade no Brasil*. São Paulo: Brasiliense, 1994. p. 103-118
- DELGADO, Pedro Gabriel. Entrevista concedida ao autor em 02/02/2018, no Rio de Janeiro.
- DIAS, Marcelo Kimati. *Comunidades Terapêuticas: qual o lugar possível na rede?* In: _____. (org.). *Dispositivos de atenção em saúde mental e seus desafios: os impasses na consolidação de uma atenção em rede*. Natal: Edunp, 2013.
- EAGLETON, Terry. *Cultura em crise*. In: EAGLETON, T. *A ideia de cultura*. 2.ed. São Paulo: UNESP, 2011.
- FERREIRA, Gina; JACÓ-VILELA, Ana Maria. *Cinema na praça: intervenção na cultura*. São Paulo: All Print Editora, 2012.
- FERIGATO, Sabrina Helena. *Cartografia dos centros de convivência de Campinas: produzindo redes de encontros*. 320 p. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP, 2013.
- FOUCAULT, Michel. *História da loucura na idade clássica*. São Paulo: Editora Perspectiva S.A., [1961]2004.
- GEERTZ, Clifford. *Uma descrição densa: por uma teoria interpretativa da cultura*. In: *A Interpretação das Culturas*. Rio de Janeiro: LTC, 1989, p. 13-41.

GOFFMAN, Erving. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1975.

_____. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Editora Perspectiva, [1961]1990.

HAESBAERT, Rogério. *Território e multiterritorialidade: um debate*. In: GEOgraphia, Ano, IX, nº 17, 2007.

HALL, Stuart. *A centralidade da cultura: notas sobre as revoluções culturais do nosso tempo*. Revista Educação & realidade, Porto Alegre. V. 22, n. 2, p. 15 – 46, jul./dez. 1997.

_____. *Da diáspora – identidades e mediações culturais*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2003.

_____. *Quem precisa da identidade?* In: SILVA, Tomaz Tadeu da (org.). *Identidade e diferença: a perspectiva dos Estudos Culturais*. 12ª ed. Petrópolis: Vozes, 2012.

HARVEY, David. *A liberdade da cidade*. In: *Cidades rebeldes*, Boitempo/Carta Maior, São Paulo, 2013.

HIRATA, Helena. *Gênero, classe e raça: interseccionalidade e consubstancialidade das relações sociais*. Tempo social, volume 26 nº1. São Paulo, 2014.

HOBSBAWN, Eric & RANGER, Terence (orgs.). *A invenção das tradições*. Rio de Janeiro: Paz e terra, 1984.

LEAL, EM & DELGADO, PGG. *Clínica e cotidiano. O CAPS como dispositivo de desinstitucionalização*. In: PINHEIRO, R; GULJOR, AP; SILVA JR, AG; MATTOS, RA (Org.). *Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos*. Rio de Janeiro: UFRJ/ABRASCO; 2007.

LÉVI-STRAUSS, Claude. *Raça e História*. In: _____. *Antropologia estrutural – dois*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, [1952]1993.

MERHY, E.E. *O desafio da tutela e da autonomia: uma tensão permanente do ato cuidador*. 1998. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-22.pdf>

_____. *A loucura e a cidade: outros mapas. Encontro da rede substitutiva em saúde mental*, 2003. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-21.pdf>

MERHY, E.E.; GOMES, M.P.C.; SILVA, E.; SANTOS, M.F.L.; CRUZ, K.T.; FRANCO, T.B. *Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. Divulgação em Saúde para Debate*. n. 52, p. 153-164, 2014.

MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L.C.M. *Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea*. In: MANDARINO, A.C.S.; GOMBERG, E. (Orgs.). *Leituras de novas tecnologias e saúde*. São Cristóvão: Editora UFS, 2009.

- MOEBUS, Ricardo Luiz Narciso & MERHY, Emerson Elias. A terceira margem da clínica. Produção do cuidado em Centros de Atenção Psicossocial(CAPS). *Diversitates International Journal*: V. 7, nº 2. Revista de Saúde Coletiva e Bioética, UFF, 2015.
- MOTTA, Thaís. MORAES, Laura. RAMOS, Priscilla. MARINS, Bárbara. Recomendações aos que chegam no Centro de Convivência. Anexo III, 2018.
- OLIVEIRA, Edmar. *Ouvindo Vozes: histórias do hospício e lendas do encantado*. São Paulo: Vieira Lent, 2009.
- OLIVEIRA, João Pacheco de. *Pacificação e tutela militar na gestão de populações e territórios*. *Mana* [online], vol.20, n.1, pp.125-161, 2014.
- PASSOS, Eduardo, KASTRUP, Virgínia e ESCÓSSIA, Liliana da (orgs.). *Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2009.
- PASSOS, Izabel Cristina Friche; BEATO, Mônica Soares da Fonseca. *Concepções e práticas sociais em torno da loucura: alcance e atualidade da História da Loucura de Foucault para investigações etnográficas*. *Psychê*, Ano VII, nº 12. São Paulo, p. 137-158, 2003.
- QUINET, Antonio. *Psicose e laço social: esquizofrenia, paranoia e melancolia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2006.
- QUINTELLA, Rogério; FERREIRA, Manoel; AMARAL, Eloá. A *Desinstitucionalização no século XXI: luta, utopia ou fundamento?* *CliniCAPS*, Vol 7, nº 21, 2013.
- ROTELLI, Franco. A Instituição Inventada. In: NICÁCIO, F. (Org.) *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 1990.
- SANTOS, Milton. *A força do lugar*. In: *A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção*. São Paulo: Editora de Universidade de São Paulo, 2006.
- SARACENO, Benedetto. *A reabilitação como cidadania*. In: *Libertando identidades da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Minas Gerais: Tecorá editora, 1999.
- SERPA, Angelo. *Segregação, território e espaço público na cidade contemporânea*. IN: VASCONCELOS, P., CORREA, R., PINTAUDI, S. (Org.). *A cidade contemporânea: segregação espacial*. São Paulo: Editora Contexto, 2013. pp. 169-188.
- SIQUEIRA, Kelly. *Se é residência e é terapêutica, por que é que eu tenho que vir ao CAPS?*. In: BERENGER, Maria Emília, DE SÁ, Ricardo, FONSECA, Sandra, BEZZ, Sérgio, COSTA, Suely(Org.). *Desinstitucionalização e psicose: experiências clínicas*. Niterói: EDUFF, 2008.
- TYKANORI, Roberto. *Contratualidade e Reabilitação Psicossocial*. In: PITTA, Ana(org.). *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: Editora HUCITEC, 1996.
- TORRES, Franklin. Entrevista concedida ao autor, em Niterói, no dia 19 de junho de 2017.

VELHO, Gilberto. *Metrópole, cosmopolitismo e mediação*. IN: *Horizontes Antropológicos*. Porto Alegre, ano 16, n. 33, p. 15-23, jan./jun, 2010.

VENTURINI, Ernesto. *A linha curva: o espaço e o tempo da desinstitucionalização*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2016.

WILLIAMS, Raymond. *Base e superestrutura na teoria cultural marxista*. Revista USP, São Paulo, n.65, p. 210-224, março/maio 2005.

ANEXO I

Entrevista com Franklin Torres, concedida ao autor em 19 de junho de 2017. Torres foi coordenador-técnico do Centro de Convivência de Niterói entre 2012 e 2015 e coordenador geral entre 2015 e 2017. Procurei, na transcrição, retratar a informalidade com a qual a conversa aconteceu.

Francisco Protasio: A ideia é a gente poder falar um pouco mais especificamente do Centro de Convivência de Niterói, mais até da proposta... porque as práticas eu também vou analisar no trabalho de campo. Mas que a gente possa falar sobre o que chamamos direção de trabalho, a proposta, como chegamos nela... e aí óbvio que vamos entrar um pouco na história também. Mas por que essa proposta e qual é essa proposta?

Franklin Torres: Eu vou falar com quem já sabe muito o que é o trabalho, não faz sentido ficar te explicando o que é o trabalho do Centro de Convivência. Mas enfim... A partir de 2012, se não me engano agosto de 2012, quando o CeCo se muda, tem uma coisa que é urgente, que está acontecendo no hospital psiquiátrico, que é precisar do espaço onde funcionava o CeCo para melhorar espaço. Era algo que estava acontecendo. Tinha isso, que era uma obra que precisava ser feita e que no fim nem foi realizada, que era ampliar, aumentar o espaço, o hospital precisava desse espaço.

Francisco Protasio: Você chegou a trabalhar nesse espaço?

Franklin Torres: Trabalhei. Eu cheguei, fiquei dois meses ali. Somado a isso(hospital precisar do espaço), a coordenação do CeCo, que tinha acabado de mudar, tinha como proposta, ou mesmo condição, a saída do hospital. Sem saber muito ainda o que seria isso fora do hospital, qual era o formato, qual era a cara que ia ter. Na época, tinha uma nova coordenação de saúde mental(do município), era tudo muito recente. A gente não conseguiu um lugar pronto, uma sala pra funcionar. A gente não tinha essa ideia de que podia funcionar em uma salinha. Isso foi avançando. A gente sabia que precisava de um espaço fora do hospital, mas um espaço que ainda pudesse ofertar ali uma certa convivência. E de uma maneira informal descobrimos e acordamos com o CRAS. Foi desse jeito que se deu a pactuação saúde-assistência social. E aí a gente faz a mudança do anexo do hospital praquele lugar. Antes disso, mesmo sem saber pra onde que a gente iria, já havia um trabalho importante com a equipe, mas não só com a equipe, com os

familiares, com os usuários e outras equipes, falando da importância de não estar ali naquele espaço. De parar com essa coisa de ficar dando almoço, café de manhã, dispensação de medicação, isso tudo se fazia nesse outro espaço, nas Oficinas Integradas. E aí, com muita resistência, tanto da equipe da época quanto dos pacientes e familiares, é sustentado que isso era importante ser feito. Pra isso, eram feitas reuniões diárias com quem tivesse que fazer, assembleias com pacientes e com familiares, e aí apareciam questões do tipo: ‘mas eu não tenho onde comer, aqui é o lugar que eu me alimento, eu vou passar fome’, ‘quem vai me dar remédio? Eu esqueço da hora de tomar meu remédio’, morador de rua dizendo: ‘aqui é onde eu venho tomar banho, não tenho mais onde tomar banho’. Parte da equipe ficou muito preocupada com isso que estava acontecendo. Na visão de parte da equipe, estava acontecendo uma desassistência pra uma galera que não conseguia se virar sem isso. Eu entro nisso daí, eu sou contratado pra pensar ali em cada caso, cada dificuldade e conversar com os serviços de referência, alguns nem eram serviços de referência ainda, passaram a ser quando a gente começou a falar dos casos, e aí pelo endereço, pela lógica de território. Eu estava à frente disso, mas chamava os técnicos mais antigos também, que podiam falar com propriedade dos casos e das dificuldades de cada um, para estarem nas reuniões de equipe, nas reuniões com as referências. Então a gente tentou cuidar de cada paciente que tinha aquele lugar como lugar importante na vida. Pra gente pensar como aquilo poderia ser importante de um outro jeito. Então, quem só almoçava lá, poderia almoçar no CAPS? Era o caso mesmo? A gente chamava familiar, vários arranjos a partir disso. Então foi com muito cuidado que essa transição foi feita e eu posso dizer que fiquei mais de um ano conversando, tratando de casos com essas equipes. Alguns casos, de fato as equipes conseguiram tomar ali o cuidado, outras não. Outros ficaram perdidos, de fato a vida piorou muito com a ausência daquele espaço das Oficinas Integradas. E as equipes não se apropriaram dos casos.

Francisco Protasio: Eu tô lendo um pouco da dissertação da Silvia, que fez pesquisa de campo no Centro de Convivência, quando já era Centro de Convivência mas era ao mesmo tempo meio “Oficinas Integradas”. Não sei se você vai saber responder, mas tem um marco pra esse serviço, que surgiu dentro de uma enfermaria, a partir dos técnicos de enfermagem, e que começa a mudar aos poucos, quando isso começa a se apropriar de uma portaria de Centros de Convivência, pra ser chamado de Centro de Convivência? Antes era só Oficinas Integradas, né?

Franklin Torres: Não tinha esse nome(Centro de Convivência). Foi justamente a partir da portaria. Esse serviço já funcionava, o Oficinas Integradas, bem antes dela, quando institui a portaria em 2005, tanto o nosso espaço quanto outros lugares pelo Brasil começam a dar nome a essas iniciativas, lugares. E aí o nome é “Centro de Convivência alguma coisa”, entendeu? Os que existiam. Tem alguns espaços que foram criados depois da própria portaria. Só não sei dizer se foi precisamente em 2005 que a gente já teve notícias da portaria porque a portaria foi pouquíssimo divulgada, então não sei se foi no ano de publicação dela que a gente já virou Centro de Convivência, com esse nome. Imagino que tenha demorado um tempinho. Mas embora a gente tivesse um nome, nunca foi um trabalho do Centro de Convivência da própria portaria, nunca foi. Aquilo não era nem um CAPS, nem um abrigo, nem um ambulatório, nem um Centro de Convivência.

Francisco Protasio: Vendo a descrição de como funcionava lá dentro vi que era isso que você falou, de oferecer almoço, de dispensar medicamento... Pra mim fica parecendo que tinha muito mais a ver com um CAPS, como hoje em dia eu vejo um CAPS em Niterói, do que com o serviço que eu trabalho hoje.

Franklin Torres: O que eu chamo atenção quando digo que não parece um CAPS, é porque aquilo não deveria ser o trabalho de um CAPS, entendendo que muitos CAPS hoje funcionam parecido com aquela instituição que tinha, mas que não é pra ser o CAPS. Então nem chamar de CAPS a gente pode. A proposta de um CAPS é outra, mas nossa realidade é muito mais próxima daquilo lá. E aí quando a gente sai de lá, quando a gente faz a mudança, a gente ainda vai pra esse outro lugar sustentando parte das oficinas. Porque era isso, era um lugar que tinha oficinas, oficinas terapêuticas, de segunda à sexta, manhã e tarde. Às vezes tinha mais de uma oficina acontecendo ao mesmo tempo e no mesmo horário. Era um lugar grande, tinham salas, tinha material, de argila, cartolina, pra fazer coisas, arte.

Francisco Protasio: Mas se a gente for ver, isso tem até a ver com a portaria, né?

Franklin Torres: Tem, isso tem a ver com a portaria.

Francisco Protasio: Até tô com um trecho aqui: “as oficinas e atividades coletivas são um eixo do Centro de Convivência e Cultura”.

Franklin Torres: Isso. Isso tinha. Eu entendo que quem falou que aquilo ali era um Centro de Convivência se baseou nisso. A portaria não diz que não é pra dar almoço. Não diz que não é pra dar remédio. Isso não tá dito em lugar nenhum. O que a gente sabe é: com base em outras portarias, que isso é mandato de outros serviços.

Francisco Protasio: A portaria também não diz que tem que dar.

Franklin Torres: Exato. Só que a gente sabe que o CAPS, o Ambulatório é que dispensa medicação, que não é qualquer pessoa, o técnico de enfermagem vai ter que fazer isso. A coisa do almoço a gente sabe que tá vinculado precisamente ao projeto terapêutico, né? E pelo projeto terapêutico, construção de PTS(projeto terapêutico singular), só almoça em um serviço: primeiro quem tem indicação, a partir do caso... Se é a comida que faz ele se vincular à instituição, a gente começa por isso, mas não tem que estar satisfeito com isso; ou – e aí é esse o motivo do almoço mesmo – quem fica dois turnos no serviço. Quem fica ali, respeitando o projeto terapêutico, de manhã e de tarde pra duas atividades, duas oficinas. Aí tem direito a almoço. Pela portaria de um CAPS é isso. Como o Centro de Convivência não tem projeto terapêutico, então cai a coisa da alimentação. Não justifica ter alimentação.

Francisco Protasio: Essa pessoa que frequenta, estaria frequentando também um outro serviço que já tem alimentação.

Franklin Torres: Por isso a gente entende que não era pra ter. Mas não tá dito na portaria que é pra ter ou que não é pra ter. O que acontecia é que, pra além da alimentação, muito da cultura ali do Centro de Convivência era muito assistencialista. Pra você ter ideia, as bolsas de trabalho, só um usuário tinha bolsa de trabalho. No cadastro na bolsa, só um usuário. E tinham, sei lá, 12 ou 13 trabalhando. Esse usuário recebia pelo restante: tudo era colocado na conta dele, ele sacava o dinheiro e os técnicos faziam a divisão... “fulano trabalhou tanto, dá isso pra ele”, era assim. Então toda a coisa de ir ao banco, de ter que tirar documento pra trabalhar, de se entender ali com o dinheiro que recebe, o trato com o cara lá no banco, com o caixa. Esse trabalho não existia. Porque era a gente, da saúde

mental, que facilitava nesse nível. Somente um usuário recebia por todos e lá a gente separava.

Francisco Protasio: Sem a participação deles.

Franklin Torres: Nenhuma. Eles só recebiam. Então a gente foi fazendo um levantamento, tinha gente trabalhando na bolsa que não tinha CPF. Olha aí o trabalhão: o cara não tem CPF, vamos lá tirar um CPF e tal? Isso não existia. Isso é só um exemplo do que acontecia ali dentro. Quando a gente vai pra esse outro espaço, a gente ainda reproduz algumas atividades. A gente ainda tem artesanato, pintura, geração de renda faz lá dentro, culinária... Algumas atividades a gente tem. E aí a partir de uma experiência a gente começa a ver o quanto era importante estar fora. A gente não saiu de lá na certeza de que tinha que fazer tudo no território, tudo em outros lugares que não fossem aquele estabelecimento de saúde mental. Não saiu. A coisa foi acontecendo, isso não era uma direção clara. Isso tem a ver, óbvio, com as supervisões que a gente teve. E isso tem a ver com os encontros que a gente foi tendo mesmo, os resultados práticos de algumas coisas. A gente começa a não receber mais do hospital o que a gente recebia antes. Antes chegava lá todo mês: tinta, pincel, um monte de coisa via hospital, o hospital recebia isso e levava pra gente. A gente não é mais do hospital, para de receber isso aí. Isso é uma coisa. A gente tinha que comprar se quisesse continuar. Pra além disso, porque a gente deixou de fornecer a alimentação, diminuiu drasticamente o número de usuários. Muito, muito mesmo. E aí a gente começou a ver que algumas atividades que a gente fazia já não se sustentavam mais, ou porque não tinha público, ou porque não tinha material. E a gente percebia que não tinha muito sentido mesmo. A gente tinha uma oficina de reciclagem também, lembrei agora. A gente recebia latinha e papelão dos usuários, tinha uma balança. E aí a gente pesava... “o usuário tal trouxe tantas latinhas?” Ao longo do mês ele trouxe tantas. Depois a gente acionava um ferro velho, que ia com um caminhão lá, tirava tudo e pagava. A gente fazia a divisão do dinheiro e pagava as pessoas. A gente também leva isso pra esse novo lugar, lá pro CRAS. E era infernal, porque juntava muito lixo, e pra eles(CRAS) era lixo(pra gente material pra reciclagem) e dava barata, rato, e o pessoal implicava pra caramba. O usuário do CRAS tinha que desviar daquilo. Juntava muita coisa mesmo. E começaram a falar: “não dá pra ser aqui e tal” e aí a gente começa nesse trabalho. São duas coisas que vão mais ou menos juntas, vou falar das atividades. A reciclagem, então a gente começa a reunir, marcar reuniões, e não oficinas, com os

usuários no Centro de Convivência. A gente reúne usuários que fazem o trabalho de reciclagem pra ir com eles ao ferro velho. A gente não dizia “não traz pra cá”. “Traz pra cá”, e quando chegava a bolsa, a gente ia com ele lá no ferro velho. Isso aconteceu pouquíssimas vezes. Os usuários não aderiram a isso. Acharmos que íamos ter um trabalhão com isso, mas sabe o que aconteceu? Deixaram de levar latinha. Não levavam nem pro Centro de Convivência e nem pro ferro velho. Morreu esse trabalho. Mas a gente entendeu que era um trabalho possível, interessante, que dava muito mais trabalho fazer isso, mas que era possível. O outro foi com a oficina de pintura. A gente começou a entender que muita gente não ia lá pra pintar, eles iam pra almoçar. Ficava aguardando o almoço pintando. A gente começa a ver que era possível fazer contato com os ateliês. A gente procura alguns ateliês e quem tem ali uma aptidão, alguma coisa com a pintura, a gente acompanha nesse outro espaço que não é o Centro de Convivência. Aderência mínima também. Sei lá, 3, 4 usuários. Fizeram acompanhados durante um tempo, quando o técnico se retirou, hoje eu tenho notícias que ninguém se manteve nisso. Acho que foram duas apostas aí que a gente começou a fazer esse formato: de reunir pessoas interessadas em fazer uma determinada coisa e não fazer essa coisa no Centro de Convivência. Acompanhar essas pessoas onde tenha algo acontecendo. Reciclagem, a pintura, nesse mote aí entra também a própria, (na época era) oficina de música. A oficina de música era mais uma atividade que a gente também levou pra esse espaço, ela também acontecia lá no CRAS. E a gente começa a ver o quanto que era importante ser em um lugar fora. Não tinha um lugar, não tinha o quiosque ainda. Na verdade a gente vai pro quiosque sem uma parceria, sem um contato, a gente senta no quiosque e usa o quiosque. E ali a gente conhece o filho da dona do quiosque, que vira usuário do CeCo, e a partir dele frequentando isso, indo pro Centro de Convivência, que a gente tem acesso à mãe dele. Aí começa uma parceria. O que me recordo é isso, Francisco. Então, assim, essas três atividades aí, música, reciclagem e pintura são o que fazem a gente pensar melhor sobre a direção do Centro de Convivência. Ainda pensando nas oficinas que aconteciam, a uma artesã é contratada. Pra você ver como que a lógica não tava clara. A gente sabe que tem uma artesã, que mora ali perto, que é boa pra caramba fazendo várias coisas com artesanato e a gente chama ela com a aposta – que era furada – de trazer a comunidade pro Centro de Convivência. Ela era moradora, conhecia um monte de gente. A gente chama ela pra fazer artesanato, é óbvio, com os usuários da saúde mental, mas apostando que a comunidade ia começar a frequentar o Centro de Convivência. Isso, orientado pela portaria.

Francisco Protasio: Frequentar o Centro de Convivência como espaço físico?

Franklin Torres: Físico. A gente olha pra portaria, a gente lia a portaria toda reunião de equipe. Pra se basear nela. E aí a gente vê na portaria que é um espaço aberto à comunidade. Não precisa se tratar. E aí a gente fala: mas a comunidade não chega. Chamar alguém da comunidade para fazer artesanato poderia ser algo interessante para essa comunidade. A oficineira vem, ela traz várias propostas, ela trabalha com coisas de páscoa, natal, pra vender. Pra que as pessoas pudessem ir, fazer coisas e vender, ganhar dinheiro. E o que a gente vê é que a comunidade até ia, mas não voltava. As pessoas ficavam interessadas, muita gente que tava no CRAS e sabia que a atividade ia acontecer ia lá pra aprender a técnica, pra fazer as coisas, e quando se deparava com o pessoal da Longa (Enfermaria de Longa Permanência), por exemplo, que nessa época começa a frequentar muito o Centro de Convivência, o pessoal também da RT (Residências Terapêuticas), fazendo coisas em tempos completamente diferentes, falando sozinho, com uma apresentação muito diferente da deles (comunidade), eles não retornam. Pra você ver, quando a gente se mudou a artesã veio. Porque a gente ainda apostava nessa coisa de fazer atividade dentro do Centro de Convivência, do espaço físico. A gente começa a perceber que a comunidade não frequenta, isso não cola, não faz uso regular desse espaço. Porque nossa ideia era essa, de propor uma convivência da comunidade com a saúde mental. A artesã começa a dizer que na ausência dessas pessoas da comunidade interessadas por artesanato, o que aparece ali na oficina dela é muito menos um interesse pela atividade e muito mais uma troca ali entre elas. Social, uma coisa de uma poder falar com a outra, fofocar. Ela fala muito disso. Elas ficavam falando coisas da novela, coisas do tipo. E aí então a gente começa a pensar – isso nas reuniões, com supervisão – que a artesã não tinha que fazer artesanato no Centro de Convivência. Que ela passou a ser uma referência importante para essas usuárias, todas mulheres, de Longa Permanência e RT principalmente, e que ela então tinha que fazer coisas pela cidade com essas mulheres. Daí ir no salão, fazer passeios e por aí vai. Então a artesã é um exemplo disso: não tava claro pra gente o que a gente queria com o Centro de Convivência. Isso foi se construindo. Mas ela que dizia, muito angustiada: “eu não tô conseguindo”. Por quê? A gente começou a pensar pra oficina dela em prazos. Vamos fazer o seguinte: chegou perto da páscoa, faz coelho de páscoa. E aí passava a data e não tinha o produto pronto. E aí não vai vender mais, e ela ficava angustiada: “fui chamada pra fazer isso, o

trabalho é esse, o que que eu vou fazer?”. E a gente começa a entender que não, que o trabalho dela tinha que ser outro. Acho que é isso. Bom, o que vai dando ali a direção pra gente de que o trabalho precisava chegar ao ponto que chegou é muito mais isso que eu tô te falando. Experimentando práticas, refletindo na reunião de equipe, com supervisão, isso foi dando norte pro que a gente entendeu que poderia ser o Centro de Convivência. E aí a gente avançou. O que a gente achava então era que precisava reunir pessoas pra ouvir os interesses e investir nisso. Entendendo que, ao mesmo tempo que aparecia ali desejo, vinha acompanhado de dificuldades. “Eu quero muito passear, mas eu não tenho passagem”. Ou a gente conseguia ouvir ali que ele era muito doido pra estar sozinho nos lugares, era paranoico e tava muito perseguido com tudo, e que a nossa presença ia fazer diferença, enfim. Isso avança ao ponto de a gente dizer hoje que é muito importante isso que é o coletivo, mas que a gente precisa ouvir o que é mais individual. Isso que você chama atenção, que é a gente poder pensar no território *dele*, né? Menos isso de “Vamos a praia”, “Vamos ao museu”, e mais “O que tem ali perto da casa dele?”, “O que ele faz quando não tá se tratando?”, “O que ele gostaria de fazer?”. Isso é o que a gente hoje tá dizendo que seria o ideal. Mas isso não é o que a gente faz, é o que a gente queria que acontecesse. Mas ainda não é o que a gente faz. Mas a gente conseguiu pensar, e refletir, que a gente já tá com essa ideia construída. Embora na prática a gente não consiga fazer por N questões. Mas é o que a gente entende que precisa ser feito.

Francisco Protasio: Eu tô lendo um artigo que eu achei sobre o Trilhos do Engenho(CeCo). É um artigo bem escrito e que é muito parecido com o que a gente diz.

Franklin Torres: É mesmo? Não sabia. É recente o artigo?

Francisco Protasio: É... O que eu queria te perguntar também é sobre o contato entre Centros de Convivência. Eu lembro que uma vez você falou que tinha ligado...

Franklin Torres: A gente teve um encontro com quase todos os Centros de Convivência do Estado do Rio. Só faltou um Centro de Convivência pra completar. (mostro o artigo)

Francisco Protasio: (sobre o artigo) Eles falam inclusive do incômodo de estarem dentro do complexo ali do Nise. Eles trazem várias referências, tem a questão da autonomia, diferenciando de independência, de rede, enfim, bem interessante.

Franklin Torres: Gostei de saber. Porque sempre que falavam: “Tem artigo de Centro de Convivência?”, “Não, não tem, não tem”. (Voltando a falar dos Centros de Convivência do Rio). Tivemos uma reunião que juntou o Cecozo(Centro de Convivência Zona Oeste), que tava bem no iniciozinho, funciona em uma lona cultural, que hoje não é mais lona cultural porque não existe mais o projeto de lona cultural no Rio. A sede desse Centro de Convivência é em um espaço da cultura.

Francisco Protasio: Não é nem relacionado à saúde?

Franklin Torres: Ele é da saúde mental, ele é financiado, financiado entre aspas porque não tem financiamento, mas ele compõe a rede de saúde mental do município do Rio de Janeiro. Tem o Trilhos do Engenho, que funciona dentro do Nise da Silveira, tem o Pedra Branca, que é da Colônia Juliano Moreira, tem o nosso de Niterói e tem um Centro de Convivência, que eu não sei o nome dele, que funciona em Carmo, sabe onde é?

Francisco Protasio: Sei que é uma coisa que dá certo.

Franklin Torres: Carmo é uma referência em desins(desinstitucionalização), uma referência pra RTs, desins. Tinha um manicômio lá que era o Teixeira Brandão, era um hospital colônia gigante e a desins lá completou 100%, enfim... E tem esse Centro de Convivência. O Centro de Convivência de Carmo passou a funcionar de um outro jeito a partir do nosso Centro de Convivência de Niterói. Muito recente. Eles viram um vídeo, o vídeo do Canal Saúde.

Francisco Protasio: Mas eles falaram com você?

Franklin Torres: Sim. O coordenador de Saúde Mental de lá, eu tenho um contato com ele. Eu faço mestrado e ele doutorado com o mesmo orientador. E aí foi uma coincidência encontrar com ele, é um cara muito bacana, ele é enfermeiro. E ele falou que tava pra fechar o Centro de Convivência de Carmo. Que eles já não viam sentido naquilo, funcionava fazendo várias oficinas. E aí ele pegou aquele nosso vídeo. Eu esqueci de falar isso com vocês. Fala você na reunião de equipe. Ele pegou aquele nosso vídeo e mostrou na reunião de coordenadores do município e falou que todo mundo tinha que fazer um trabalho parecido com esse. E aí ele passa a fazer o Centro de Convivência também no

lugar da cultura lá em Carmo, mas também é da saúde mental. No nosso encontro só não tinha o dessa cidade, de Carmo, de resto tinham todos os outros.

Francisco Protasio: Isso já faz um tempão, né?

Franklin Torres: Tem uns três, quatro anos. E não teve nenhum outro(encontro). Quando a gente se encontrou com esses Centros de Convivência a gente viu: primeiro que a nossa equipe, que a gente acha que é muito pequenininha, é gigante. Os outros CeCos têm duas pessoas na equipe. O Cecozo é uma psicóloga eu uma estagiária, é a equipe. Outra coisa que a gente viu foi um estranhamento enorme deles com a gente investindo na coisa do trabalho. Nós somos o único CeCo do Estado do Rio que faz alguma coisa com a questão do trabalho, mesmo geração de renda. Os outros, nenhum tem geração de renda. Só o nosso tem atividade de geração de renda, inclusão no mercado formal, bolsas de trabalho. Eles estranharam demais. Inclusive brigaram: “Centro de Convivência e Cultura não tem que ter nada de trabalho, isso é outra coisa. Tem que ser cultura, lazer, não é pra pensar nisso.”. Ou seja, a gente destoou demais deles. E não teve uma regularidade de encontros. Foi só esse encontro, a gente trocou telefones e tal, e nada mais aconteceu.

Francisco Protasio: Você botou uma foto no grupo recentemente, acho que da programação do Trilhos do Engenho. Eles tão numa direção muito de estar em vários lugares diferentes da cidade.

Franklin Torres: Eles tão. Eu acho que tem a ver com esses trabalhos que saíram, esses investimentos. Porque eles eram muito pra dentro. Nessa época que a gente foi lá, não faziam isso. Isso não era um trabalho do Trilhos do Engenho. A clientela deles era quase que toda do Nise da Silveira, que inclusive é um lugar onde tem muito morador. Tem casas no Nise da Silveira, cada casa tem mais de 20, 25 moradores. Muita gente mesmo. Tem quatro casas, se não me engano, hoje. Fora os pacientes de longa permanência na enfermaria de agudos. São muitos também. O público deles tinha esse perfil. E aí agora eles tão investindo demais nesse fora, muito com isso, com os passeios. Eles tem uma parceira muito boa com a Secretaria de Cultura que funciona, do município do Rio. Conseguem gratuidades, um monte de coisas lá que eles conseguem. E é isso, eu noto hoje os CAPS mais investidos nesse trabalho lá.

Francisco Protasio: Um pouco em relação à portaria, que você já falou que tem várias diferenças, muito mais diferenças do que coisas em comum, né? O que a gente faz e a portaria. E a composição da equipe lá prevê artistas plásticos, músicos, enfim, outras coisas ali que pra nossa proposta de trabalho não é legal, quer dizer, pode até ser legal, mas eles não vão fazer exatamente isso, já que não é uma proposta de fazer cursos, oficinas. E aí eu fiquei pensando: mas qual seria uma composição ideal de um Centro de Convivência nos moldes que Niterói tá propondo?

Franklin Torres: Importante, porque primeiro é importante dizer como essa equipe se dá. O que acontece: quando a coordenação chega pra instituir um outro jeito de fazer, ela já encontra uma equipe lá. Uma equipe com pessoas na área da saúde. Então não dava pra mandar todo mundo embora, claro, pra contratar gente nova. Talvez a maioria composta por servidores(públicos, concursados). Não é isso, né? Aí você tinha terapeuta ocupacional, técnicos de enfermagem, que foram os que começaram com o serviço, tinha psicólogo e por aí vai. Tomando a portaria como um norte, e aí é importante dizer isso, a Letícia quando assume o Centro de Convivência não sabe que a portaria não está valendo. Durante anos a equipe do Centro de Convivência de Niterói não soube.

Francisco Protasio: Foi bem recente, né?

Franklin Torres: Eu que dei notícias: “vocês sabiam...”

Francisco Protasio: “Que a gente não existe?”

Franklin Torres: E o tempo todo pensando na portaria. Então a Letícia, ainda olhando pra portaria, contrata um mestre de bateria, contrata a artesã, e contrata alguém que não tinha nível superior pra ser um músico. Com a disponibilidade que ela tinha ali de RPA, já pensando nisso que a portaria tá falando. Sem saber muito se tava valendo ou não a portaria. Volto: ainda imaginando que a convivência aconteceria nesse espaço. A gente, óbvio, entendia a necessidade dos passeios e por aí vai, mas isso de pensar o que a cidade tem, acompanhar, agenciar encontros, isso não era claro pra gente. A gente tenta mexer nisso, olhando pra portaria, contratando essas categorias que não estão previstas na área da saúde. O que eu acho: hoje, a gente precisa ter uma equipe que consiga entender a importância desse trabalho pra fora. Que consiga mediar esses encontros a partir do que

a gente entende como dificuldade, de fazer laço de estar no social, sem impor nada, mas no tempo e do jeito que cada um consegue fazer isso. Eu acho que são pessoas que precisam estar sensíveis a isso. Entender que não é ir pra rua e se vira aí. Isso eu acho que diz menos de uma formação em saúde mental e mais de algo que possa ser apreendido quando chega na equipe, de direção de trabalho. Então não acho que a gente precisa de psicólogos no Centro de Convivência. A gente precisa de pessoas avisadas de qual trabalho que a gente quer fazer, isso sem dúvida.

Francisco Protasio: Mas você acha que poderia ser uma equipe que não necessariamente teria psicólogos?

Franklin Torres: Então, aí é que tá, eu também acho que não dá pra ser uma equipe que não tenha ninguém com formação em saúde mental. Com a formação em atenção psicossocial. Tem que ter alguém que possa puxar isso, possa fazer intervenções e possa transmitir o que a gente tá chamando de atenção psicossocial. Eu acho que tem que ter pessoas que consigam fazer isso. Mas não acho que é ‘o saber’ que tem que predominar no Centro de Convivência. Tem que ter gente desavisada mesmo, tem que ter gente que aposte em coisas que o psicólogo não apostaria. Tem que ter uma galera que se autoriza a fazer coisas porque tá menos preocupado com a questão da estrutura psíquica, do que ele suporta ou não suporta, e aí a coisa vai se dando. Isso não é fazer a coisa desavisado de um cuidado. Não é. Mas é estar menos dirigido com isso, que é como a gente sai da academia. “Cuidado com a palavra, o que vai ouvir, o que vai retornar.” Tem que ser menos. Exemplo: quando eu comecei a frequentar esses espaços com os usuários, fui pra uma oficina no SESC pra confecção de máscaras de carnaval. Tava eu, psicólogo, uma terapeuta ocupacional de um serviço e uma outra psicóloga de um CAPS. E aí foi gente pra caramba. O curso era oferecido por uma artista contratada pelo SESC pra fazer máscaras de carnaval com uma técnica lá. E era aberto à comunidade, a gente se inscreveu e foi com a comunidade fazer. Chegou lá, tinha um usuário que não tinha perfil, não tinha interesse, ele não sabia o que tava fazendo lá e aí ele falava, agitava o espaço, cantava, desconcentrava. E a professora visivelmente embaraçada com aquilo. Tipo: “Ninguém vai mandar ele calar a boca? Quero dar aula”. Tinha um passo-a-passo, ela queria passar pra próxima etapa e ela precisava ajudar quem tava com dificuldade. Eu não conhecia aquele paciente, a psicóloga que tava acompanhando ele não conhecia também. Ninguém da saúde mental se autorizou a fazer alguma intervenção. Porque é aquilo: “O que me

autoriza a falar com esse cara...”. E aí a professora falou: “Fulano, qual é teu nome?”. Aí ele fala, meu nome é tal. “Olha só, ou você vai sair da aula ou você vai ficar aqui quieto, porque eu preciso dar aula, tá?”. Foi isso. Ele ficou quieto. Ficou até o final da aula quieto. Eu fiquei impressionado, porque eu nunca teria feito um negócio daquele. E entendi que é importante não ter psicólogo, sabe? Mas a gente tava ali. É isso, eu não acho que dava pra prescindir da nossa presença pra mediar alguma coisa ali, caso fosse necessário. A gente tinha que estar ali também. Eu aposto numa equipe mista.

Francisco Protasio: Eu sempre ficou pensando nesses limites... Uma das questões que eu vou elaborar no meu trabalho... Tem alguns termos que a gente não escutava muito e quando a gente tá na rede(de saúde mental) parecem termos muito naturais. Essa coisa da adequação, da inadequação, é uma coisa que sempre me intrigou um pouco. E quem tá na saúde mental fala disso com muita naturalidade: “Fulano tá inadequado”. E fica uma questão pra mim. Porque é uma coisa que não tem muita regra. Então, por exemplo, ele tava inadequado nesse lugar aí do SESC e uma pessoa deu uma cortada, falou uma coisa que tinha que falar ali. Ao mesmo tempo, a inadequação pode ser o que o L⁴⁰. tá fazendo lá no trabalho dele. Dando uma corrida.⁴¹ E podem chegar e dar uma cortada também, e de repente pode não ser tão legal, não sei. Então não é o tempo inteiro positiva essa relação com o social ali, né? É muito conflituosa. Então minha questão é que as vezes dá pra estar inadequado na rua. Se estiver falando sozinho na rua, eu particularmente não consigo ver muito problema, não tá fazendo mal a ninguém. Em compensação, outras “inadequações” não são possíveis. E aí qual é o limite, qual a regra? Acho que a mediação aparece muito aí, né?

Franklin Torres: Isso. Aí a gente tá nisso. Não dá pra a gente querer colocar todo mundo numa forma, mas tem algumas coisas ali que a gente precisa estar nos conformes, precisa. E aí a gente vai negociar. Isso que falam da negociação com o outro tem a ver com isso. O que é possível em determinado espaço? De que jeito que é possível?

⁴¹ L. é uma inicial fictícia que escolhi para representar um usuário do CeCo que trabalha em uma Universidade particular como assistente de informática. Em determinado momento, nos intervalos, ele começou a descer para pátio e correr, para fazer um exercício antes de voltar ao trabalho.

Francisco Protasio: Talvez em alguns momentos tenha que mudar o espaço, né? Não é necessariamente o usuário que vai ter que se adequar. Porque a gente fica sempre naquela de querer mudar o senso comum e ao mesmo tempo se adequar ao o que tá dito, tá dado, como se fosse natural.

Franklin Torres: A resposta do L. foi a melhor, linda a resposta. Ele falou: “Ué, mas você...”. Foi o L. que falou isso? Acho que foi. “Você não toma um cafezinho? Eu corro. Você fuma um cigarro? Eu corro.”. Tomar um cafezinho pode, fumar um cigarro pode, mas dar uma corrida no pátio não pode por quê? Acho que foi a coordenadora do curso de psicologia da universidade que falou isso com quem foi reclamar com ela. Seria lindo se fosse ele, mas não foi não, lembrei agora. Mas o argumento da pessoa (que é o chefe direto dele no trabalho) também foi bom: “Tudo bem, mas eu tô preocupado com ele, ele tá se expondo, vão chamar ele de doido.” Aí ela fala: “então fala isso pra ele. Qual o problema de falar isso pra ele? Tem que ser eu?”.

Francisco Protasio: Acho que é mais ou menos isso, deixa eu ver se esqueci de alguma coisa.

Franklin Torres: Tem uma dificuldade muito importante que não sei se vai entrar, se cabe no teu trabalho, que tem a ver mesmo com a ausência de portaria. Sem uma portaria a gente não tem financiamento. Não recebe recurso de canto nenhum. Isso é uma dificuldade. Se a gente tá ali pra fazer passeios, pra acompanhar cada um no que é particular, como é que a gente vai ter o dinheiro de passagem? Então é uma coisa que inviabiliza de pronto a proposta desse Centro de Convivência: uma portaria. Porque se a gente tá mais dentro de uma instituição fazendo coisas ali dentro, a gente precisa de menos recursos. Parece que precisa de mais, mas não, precisa de menos. Precisa de espaço e de pessoas pra trabalhar. Talvez algum material tipo um violão, que vai durar, você não vai ficar comprando todo mês. Agora, se você tá na rua, se você vai investir no trabalho com o território, você precisa de um investimento. Até onde eu sei o que tinha de conflito foi isso: tinham várias formas de funcionar os Centros de Convivência. E o que entrou em conflito foram espaços que funcionavam parecido com o nosso de Niterói e espaços que pareciam muito com outra coisa que tava acontecendo lá no Rio, no Pedra Branca e no Trilhos do Engenho. Que eram as oficinas dentro do espaço. Quem tava no funcionamento como o nosso de agora, não se sentiu representado pela portaria. Falou: “Isso não cabe.

Eu não acho que minha equipe tem que ser composta dessa forma.” Começaram a aparecer divergências ali. Se eu não me engano, o embate foi entre São Paulo e Minas. Parece que o pessoal de Campinas, por exemplo, tem uma prática muito parecida com a nossa. E essa portaria sai por Minas. A proposta da portaria sai pelo secretário de saúde de Minas. Então foi alguma coisa do encontro dos Centros de Convivência em Minas. Outros Centros de Convivência de outros estados não se sentiram representados. Então teve um conflito.

Francisco Protasio: Os únicos trabalhos sobre Centros de Convivência que achei... um é esse artigo, sobre o Trilhos do Engenho, e tem alguns sobre os Centros de Convivência de Campinas. Tem 12 Centros de Convivência em Campinas. Eu vou ter que passar necessariamente, porque acho que é uma parte da direção que é tomada, um pouco pela configuração, contexto de Niterói.

Franklin Torres: Isso é verdade... Você vai estar enganando ali o leitor se você disser assim: “A gente tinha isso na cabeça e fez”. Tem um contexto aí, é importante. A própria saída do hospital.

Francisco Protasio: E vou precisar um pouco das configurações atuais também. Dessa coisa de ter ambulatórios, isso é um pouco diferente de outros lugares... Os ambulatórios não estão...

Franklin Torres: Isso, os ambulatórios não estão na RAPS. É muito curioso. O Centro de Convivência entra na RAPS, ele aparece como unidade de atenção básica pela RAPS. Só que não é unidade de atenção básica. A não ser a proximidade com a comunidade, o fato de ter sempre portas abertas e por aí vai. O ambulatório, que já tá mais estruturado, não aparece em canto nenhum. Esse ambulatório de saúde mental. Por que não se pensa em ambulatório de saúde mental? Porque qual é a diretriz nacional: o que for de ambulatório de saúde mental que não demandar um serviço especializado de saúde mental, a atenção básica dá conta. Essa é a diretriz. Só que aí entendem que algo como o Centro de Convivência a atenção básica não dá conta. E ele é colocado como unidade de atenção básica. O município que entende que precisa de ambulatório, que o ambulatório faz diferença, e Niterói é um desses municípios, não quer dizer que ele tem que acabar com o ambulatório. Não vai acabar com o ambulatório. Só que ele vai bancar sozinho, só o município, esse serviço. Ele não vai contar com repasse da União. Tal como CAPS, RT.

Isso é que Niterói faz. O repasse que recebe do governo federal sustenta o que tá previsto na RAPS. E a prefeitura de Niterói arca com o funcionamento dos ambulatórios. O que pode ser interessante disso? Se arca com os ambulatórios, pode arcar com o Centro de Convivência também. No caso, ele até tá na RAPS. Ele tá na RAPS mas não é financiado porque não tem a portaria.

Francisco Protasio: É doido isso de estar na RAPS sem existir, né?

Franklin Torres: Não é? Eu aprendi muita coisa sobre o Centro de Convivência, a coisa burocrática, a lei, a portaria se vale, se não vale, fazendo ligação pra coordenação nacional de saúde mental. Liguei pra lá pra perguntar isso, eu queria saber, uma pergunta super ingênua mesmo, “tô com uma dúvida aqui... de alguma forma existe um financiamento pro Centro de Convivência? Se existe, como é que faz um cadastro? Eu quero me cadastrar aí. O que eu preciso ter, um CNPJ?”. Aí uma senhora que me atendeu, super atenciosa, ela vai me explicando: “Olha, a portaria era essa, mas no site tal você vai ver que não existe mais...” e vai falando essas coisas pra mim e eu vou anotando no papel. Numa ligação que eu fiz pra lá. E é isso, não tem portaria.

ANEXO II

Entrevista com Pedro Gabriel Delgado, concedida ao autor no dia 02/02/2018, no Rio de Janeiro. Delgado foi coordenador nacional de saúde mental de 2001 a 2010.

Francisco Protasio: Tem um capítulo da minha dissertação em que estou falando sobre a história dos Centros de Convivência, desde antes da portaria, e o que muda com a portaria. Porque percebi que os Centros de Convivência funcionam de maneiras diferentes. O de Niterói é diferente dos do Rio, que são diferentes dos de Campinas, Belo Horizonte, e por aí vai. O Centro de Convivência tem uma portaria que foi revogada e tem poucas coisas escritas sobre isso, quase nada. A partir disso que eu venho te procurar. Eu queria conversar um pouco sobre a história dos Centros de Convivência. Eu vi que você era o coordenador de saúde mental da época, ali em 2005. Eu vi que a portaria é criada, suspensa uma semana depois e revogada em seis meses.

Pedro Gabriel Delgado: Sim, Sim. E não tem outra, né?

Francisco Protasio: Pois é. Mas já haviam Centros de Convivência quando a portaria é criada. Eu queria entender como funcionou esse processo.

Pedro Gabriel Delgado: O Centro de Convivência, nesse período de 2005... Vou te falar o contexto. O que existia como experiência de Centro de Convivência no campo da saúde pública, até porque não existe Centro de Convivência que não seja do campo da saúde pública. Isso é um certo modelo de compreensão da saúde mental, que a gente chama de atenção psicossocial, que envolve essa multiplicidade de recursos, de dispositivos etc, que não têm fora da saúde pública. São complementares, nessa perspectiva de uma rede de atenção o Centro de Convivência seria um dispositivo complementar. Em 2005, a gente tinha três experiências municipais importantes. A de São Paulo era um pouco mais antiga, ela foi muito apoiada e fortalecida quando houve o governo da Luiza Erundina, onde se desenvolveu uma concepção de Centro de Convivência que não era propriamente complementar a uma rede de serviços, mas tinha a perspectiva de ser o serviço para acolhimento de pacientes com transtornos mentais graves. Então, o modelo de São Paulo dessa época tinha a ideia de fazer acompanhamento dos pacientes no próprio Centro de

Convivência. Isso nos anos 90. Tinha uma perspectiva de uma substituição da psiquiatria tradicional institucional direto por um Centro de Convivência com espaço de acolhimento que era também de tratamento. O Centro de Convivência nunca foi um dispositivo que chegou a ter uma afirmação na rede de atenção. Havia a necessidade de você discutir a substituição do modelo de ambulatorios, a questão da constituição dos CAPS, a questão da atenção básica. O Centro do debate nunca esteve com o Centro de Convivência. Mas esse modelo da cidade de São Paulo tomava o Centro de Convivência como local de tratamento e de acompanhamento. Então ele não era apenas um lugar complementar na rede, ele era um lugar central. Limitações: não foi um dispositivo que tenha conseguido dar conta da necessidade do acompanhamento contínuo do paciente.

Francisco Protasio: Era quase uma substituição ao CAPS, fazia a mesma função?

Pedro Gabriel Delgado: Ele fazia um pouco da mesma função. Havia uma certa crítica também, de que os CAPS poderiam reproduzir espaços terapêuticos tradicionais e que o Centro de Convivência seria um espaço totalmente colocado dentro da cidade, da cultura, da vida externa. A limitação é que o acompanhamento, a continuidade, a questão mais clínica, não se resolvia com a questão só da convivência, com o espaço de convivência. Mas esse foi um modelo importante. Os outros dois lugares que tinham, um era Campinas. Campinas tinha uma organização de alguns Centros de Convivência, já nessa perspectiva de serem complementares à rede, à rede onde tinham os CAPS. Em torno de seis a oito serviços no município que foram criados muitos deles ligados a uma instituição que passou a ter uma gestão municipal, que era um hospital privado, Candido Ferreira, que passou a ter gestão municipal, e em torno do Candido Ferreira se criou estruturas ao lado que eram de convivência. O terceiro lugar foi Belo Horizonte, que nos anos 2000 criou 4 ou 5 Centros de Convivência, complementares aos CAPS, parecido então com essa experiência de Niterói, como parte da rede. Eles eram articulados com a rede de assistência social, no caso de Belo Horizonte. Quase todos funcionavam nos equipamentos da assistência social. Tomavam emprestado o espaço da assistência social e fazia lá suas atividades de convivência. Então esse era o contexto. Aqui no Rio de Janeiro tinha a experiência do Clube da Esquina, que era um Centro de Convivência, e que ainda existe.

Francisco Protasio: O Clube da Esquina é considerado Centro de Convivência?

Pedro Gabriel Delgado: A perspectiva é de ser um Centro de Convivência, porque ele não era um local de tratamento, não era também um local de acolhimento em situações de crise, funcionava com atividades de cultura, lazer, nos fins de semana. E era um clube. O conceito de clube existe nas redes de atenção psicossocial de alguns países da Europa, como por exemplo a Alemanha. São clubes de convivência. São clubes como são os clubes para as pessoas que não estão fazendo tratamento. A palavra clube, na literatura sobre rede de saúde mental, corresponde ao o que aqui a gente chama de Centro de Convivência. Clubes de lazer, de convívio. Esse era o contexto. Em 2005, foi necessário pensar assim: é importante que esse dispositivo exista na rede? É importante. Por que? Porque o usuário que precisa de um acompanhamento mais contínuo, que tiver dificuldade, por exemplo, na sua rede familiar, na sua rede pessoal, é importante que ele tenha um lugar de convivência que não necessariamente é o lugar da terapêutica. Seria desejável esse dispositivo complementar. Mas não havia nem a experiência e nem uma certa concepção consolidada em modelos internacionais para se construir aqui. Nós fizemos o seguinte no Ministério da Saúde: bom, a experiência aqui é muito pequena, mas quem tem essa experiência? São esses três municípios. Então foi feita uma oficina em Belo Horizonte chamando, na medida do possível, todos os serviços desses municípios. Não foram chamados os gestores; os gestores foram também, foram 30, 35 pessoas, mas tentando recuperar a experiência de todos os serviços desses três municípios. Com base nessa oficina se construiu um documento que é um documento que consiste em dizer o que seria um Centro de Convivência, quais são as atividades que ele pode desenvolver, como ele se distingue de um dispositivo de tratamento mesmo, de um CAPS, se ele tem alguma coisa de específica. Então era um pouco isso. Por exemplo, quando alguém que é um músico está dentro de um Centro de Convivência, ele é contratado por esse Centro de Convivência para fazer oficinas de música, para fazer atividades musicais, qual é a natureza dessa atividade que ele está fazendo? Tinha essa discussão na época. Ele está fazendo uma atividade terapêutica? E a discussão é interessante porque nessa oficina participaram esses tipos de oficinairos, eram bons profissionais que foram contribuir, era um momento de grande participação no campo da saúde mental. E, por exemplo, os músicos que coordenavam atividades musicais nos Centros de Convivência diziam assim: eu não tenho dúvidas do que eu faço, eu faço música. Ou: eu não tenho dúvidas do que eu faço, eu faço teatro. Ou eu faço esportes, oficina de rádio etc. Agora, por que também predominou esse tipo de discurso em que a atividade cultural não era

subsumida à atividade terapêutica? Porque isso correspondia à experiência desses Centros de Convivência e também porque a coordenação dessa atividade já buscou construir uma especificidade do que seria esse Centro de Convivência. Já tinham discussões prévias do que não interessava ali discutir, por exemplo, o que é específico da musicoterapia, a musicoterapia é uma outra coisa. É uma técnica terapêutica que utiliza a música. Se você tiver um musicoterapeuta no Centro de Convivência ele não será ali um musicoterapeuta porque ali a gente quer essa coisa da convivência etc. Não é que isso surgiu naturalmente, isso surgiu porque era a configuração que se desejava também de acordo com a experiência dos três municípios que foram se configurando. Porque senão seria uma coisa interminável, porque tem teatro terapêutico, entendeu?

Francisco Protasio: Isso então era uma coisa em comum, a ideia de não ser terapêutico nesse sentido *stricto sensu*? Porque eram Centros de Convivência diferentes os dos três municípios, não é? Isso foi uma coisa em comum entre os três?

Pedro Gabriel Delgado: Era em comum e era um pouco da orientação que a coordenação de saúde mental tinha. Com base também em experiência internacional. Porque se você transformasse aquilo em um espaço terapêutico *stricto sensu*, perderia um pouco essa dimensão complementar à rede, de ser um espaço de convivência e cultura. Aí, com base nesse documento se fez uma portaria com um texto bem simples, bem para dar uma linha geral. E já se utilizou o nome, que não se usava, de Centro de Convivência e Cultura. Já se colocou claramente a ideia da cultura. A portaria não tinha um detalhe importante: ela não definia a forma de financiamento. Naquele momento ela estava mostrando apenas uma direção mais técnica geral. Não definia também porque talvez não pudesse naquele momento. Então ela foi publicada e logo depois ela foi derrogada, não por conta do seu conteúdo ou do seu objeto, ou do seu tema, foi porque várias normas daquele período foram derrogadas porque houve uma mudança na gestão do Ministério da Saúde que não foi só do gestor, mas houve uma mudança na política importante. A suspensão dos atos normativos de 2 ou 3 meses antes da mudança de gestor já foi uma medida da tensão política existente nessa mudança de gestão. Isso é importante para destacar que não foi por conta do conteúdo, foi pro causa do tempo. Essa portaria saiu justamente um mês antes, ou dois meses antes dessa crise política. Agora, é verdade que depois que ela foi derrogada não houve mais a oportunidade, o momento de se fazer e de fato essa é a única regulamentação que ficou.

Francisco Protasio: Mas ela foi suspensa uma semana depois que foi criada. Talvez tenha sido por conta do financiamento que não estava presente?

Pedro Gabriel Delgado: Eu acho que já foi dentro desse contexto geral de normas, e outras que já haviam na época não só na saúde mental, normas do Ministério de uma forma geral. Elas foram suspensas para serem avaliadas, para serem reavaliadas. Já foi no contexto de mudança da gestão. Não foi pelo tema. Mas é claro que, em muitos aspectos, não foi também uma portaria considerada prioritária. Porque senão talvez ela pudesse ter retornado logo. Não foi considerada prioritária e como ela não definia despesa foi considerada uma portaria que não se sustentava porque não definia o financiamento, embora os estudos prévios que tínhamos feito mostraram claramente que era um dispositivo de custeio baixo. Mas ele era estranho à rede, era uma novidade, e como novidade ele teve dificuldade em se afirmar depois. Mas deixando bem claro: por causa desse contexto de crise interna e mudança na gestão. Porque senão ela ficaria e poderia ser até aperfeiçoada com um mecanismo de financiamento e ir adiante. A interrupção posterior é de fato uma questão a ser levantada. Porque houve depois a oportunidade desse tema retornar.

Francisco Protasio: Mas isso chegou a ser discutido?

Pedro Gabriel Delgado: Até onde eu fiquei na gestão, não foi fácil retomar essa discussão. E depois na gestão posterior, que foi também uma gestão onde poderia ter sido retomada, não foi apresentada e retomada. Ou seja, a conclusão que a gente pode tirar disso é que não se assumiu um caráter de prioridade para a rede. Nesse caso aqui, contando com esse contexto de 2005 que houve essa mudança. Se você só pegasse um contexto de evolução do Ministério da Saúde você vai ver que aqui houve um problema importante, de mudança de direção etc. Se não tivesse acontecido isso ela teria sido consolidada e provavelmente a gente teria uma experiência boa hoje, dez anos depois, de Centros de Convivência.

Francisco Protasio: Voltando um pouco lá para a oficina que ocorreu em Belo Horizonte em que foram chamados vários Centros de Convivência. Acabou que na portaria, o que fica sendo chamado de Centro de Convivência tem mais relação com um Centro de

Convivência do que com outro. Por exemplo: tem pouco a ver com o Centro de Convivência de São Paulo, não é?

Pedro Gabriel Delgado: Ficou claro nessa discussão que o modelo do Centro de Convivência que substitui o equipamento do tipo CAPS, ele não era um modelo que ia predominar. O modelo adotado era um modelo de Centro de Convivência complementar. É claro que você pode considerar que o paciente está num processo de acompanhamento em todos os espaços que ele frequenta na rede, mas o Centro de Convivência não é um dispositivo específico de tratamento. Então, esse modelo de São Paulo que juntava o componente terapêutico com o componente da cultura e da convivência não foi o que foi adotado. Isso claramente definido como não sendo.

Francisco Protasio: E a partir disso os de São Paulo mudam?

Pedro Gabriel Delgado: Nesse período os serviços de São Paulo já estavam muito pouco ativos, muito pouco efetivos. Já tinha havido muitas mudanças na gestão municipal e, hoje, vários desses serviços se transformaram em CAPS. Ou deixaram simplesmente de existir. Hoje não existem mais com aquele formato. Na época já era uma coisa em processo de debilitação mesmo, a partir da consolidação dos CAPS, mesmo sendo construídos ainda de uma forma lenta. 2005 São Paulo era uma cidade que não tinha nem boa rede de CAPS.

Francisco Protasio: Queria falar sobre esse jeito de funcionamento dos Centros de Convivência. Porque o Centro de Convivência de Niterói tem uma ideia de trabalho que não envolve fazer oficinas. Por conta disso é bem diferente da portaria, inclusive. A proposta é mais de mediar esse contato com a cidade, então todas as atividades são externas. Então vai fazer música no quiosque, e não necessariamente com um músico e nem com o intuito de ensinar música, mas mais com essa possibilidade de habitar outros espaços e ir criando outras redes. Eu vejo isso como especificidade de Niterói. Os outros Centros de Convivência ainda têm um trabalho de oficinas, até baseados na portaria, de fazer atividades internas.

Pedro Gabriel Delgado: Mas mesmo assim são muito poucos esses serviços. Além desses três municípios que eu mencionei, poucos outros serviços foram sendo desenvolvidos em

outros lugares. Então a gente não tem também uma grande experiência. Mas certamente o modelo que se pensava nesse período de 2005 era de um serviço que pudesse realizar as atividades ali, oficinas. Eu sei que essas atividades que vocês fazem são atividades que não têm essa característica de ter as oficinas. Não era o que estava proposto na época. Não era essa a experiência que tínhamos na época. Mas poderia ser um desdobramento posterior. Eu acho que a história desse dispositivo é uma história que foi interrompida. Não dá para dizer que o que foi proposto na portaria de 2005 tomou tais configurações porque de fato ficou meio fora da rede. Tenho a impressão que se têm 50 experiências no Brasil, em torno disso. É muito pouco. O dispositivo não circulou, não existe um financiamento para o Centro de Convivência. Então ele não existe como ação política regular e sistemática. Mas esse modelo de Niterói é interessante. É um modelo com essa dinâmica com entrada e intervenção na cidade.

ANEXO III

“Recomendações aos que chegam no Centro de Convivência”. Texto escrito por Thaís Motta, Laura Moraes, Priscilla Ramos e Bárbara Marins, residentes de 2017, para recepcionar as residentes de 2018.

O desejo pelo trabalho, pelos novos encontros e pelos novos lugares nos acompanha a cada chegada. A oportunidade de desbravar novos caminhos e neles transitar em prol daquilo que perpassa nosso trabalho e nossa formação acadêmica: a clínica. Cheias de fôlego, questões e desejo seguimos por essa empreitada, assim chegamos e nos despedimos do Centro de Convivência. Foi uma chegada rodeada por indagações, angústias e dúvidas: “qual é o papel de cuidado que o Centro de Convivência se propõe a oferecer? Qual é a nossa função enquanto formação nesse serviço?”, nos perguntávamos. Hoje, já mais apropriadas do trabalho, pudemos elaborar cada qual sua resposta.

A fim de nos despedir e receber aqueles que chegam, decidimos por bem transmitir. Transmitir os impasses da chegada, os encantos com o trabalho e até os desencantos, dificuldades e avanços. Mas seria isso uma prevenção? Concluímos que não. Seriam recomendações. Tomamos como empréstimo a leveza de um dos escritos de Freud para intitular nosso texto. Apontaremos aqui nossas impressões e recomendações a respeito do trabalho, que se dão a partir de nossa breve, porém intensa, experiência nesse serviço.

(a) Muitas pessoas, ao serem questionadas sobre o que pensam que é o Centro de Convivência e Cultura, afirmam que o nome é auto-explicativo: “tem a ver com convivência, né?”. Ao longo do trabalho, fomos apreendendo novos sentidos para essa palavra. Cada convivência se dá de maneiras específicas, e nós acabamos sendo perpassados por todas elas.

A primeira convivência com a qual nos deparamos é a nossa convivência com essa nova equipe, da qual passamos a fazer parte. É uma convivência um pouco difícil no início para nós, enquanto profissionais em formação, nos inserimos numa equipe que já se conhece e já tem o seu modo de trabalhar. Compreender o funcionamento do serviço e se sentir parte da equipe são processos que levam seu próprio tempo, e certos sentimentos de dúvida são comuns, como em qualquer empreitada nova. É importante destacar, contudo, o quão bem a equipe nos acolheu e fizeram-nos sentir pertencentes. Não querem que ninguém esteja ali meramente de passagem, mas que todos possam fazer parte da constante construção do serviço.

Há a convivência da equipe com os usuários: ser para eles a potência de realização de seus desejos na vida. Pedimos para que compartilhem conosco suas vontades, seus sonhos, suas expectativas, suas inseguranças... E sustentamos na convivência com eles que estamos aqui para auxiliá-los com essas questões. Dar consequência ao que nos é endereçado por eles nem sempre é fácil, diversos obstáculos se colocam à nossa frente, sejam de ordem clínica ou estritamente burocráticos, e precisamos nos haver com isso.

Há a convivência entre os usuários, que a cada atividade, a cada evento, formam um grupo que é único e raro, e por isso, precioso, e que dura o tempo daquele encontro. Porém, a constância da presença e de se encontrarem, faz com que nasçam laços e parcerias entre eles. Há o compartilhamento de cuidado com os próprios usuários. Formando uma rede de suporte que nos inclui, mas não depende de nós. É importante que possamos valorizar e incentivar esses laços e interações.

Outra convivência é a nossa, da equipe, para as equipes dos outros serviços. É preciso ter em mente que o trabalho no CC tem, em sua base, a parceria entre os da rede de saúde mental, já que somos o único do município. Essa parceria se torna fundamental para o nosso trabalho, pois é a partir da aposta e do investimento por parte dos outros serviços que teremos mais chances de fazer com que cada vez mais usuários frequentem nossas atividades e enxerguem em nós possibilidades de cuidado.

Há também a convivência de todos nós, usuários e equipes, com o social e a cidade. É uma convivência que muitas vezes não é fácil, passamos por situações com as quais não concordamos e ficamos incomodados, frustrados, irritados, envergonhados... O importante é transformar isso em material de trabalho, poder transformar em algo mais do que só um descontentamento. É a oportunidade de trabalhar todas as questões que nos são tão caras, com pessoas que podem não ser sensíveis a elas ainda; é não isolar os usuários de uma sociedade que muitas vezes se mostra hostil, mas tentar trabalhar para que essa sociedade seja mais receptiva aos nossos usuários e a questão da saúde mental.

(b) Chegar ao Centro de Convivência nos causou e de certo deve estar causando em vocês diversas questões: O que é serviço? O que ele faz? Que trabalho ele realiza? Sugerimos que não percam essas perguntas de vista e sim mergulhem nelas, e não as deixem serem concluídas tão facilmente, tem alguma coisa que só vivenciando esse serviço vocês vão poder respondê-las. Então, se abram para o novo!

(c) Conjuntamente nos deparamos com questões que consistiam em entender qual era nosso papel nesse serviço e por vezes nos perguntávamos: “O que faz um psicólogo dentro de um Centro de Convivência?”. Caros, precisamos dizer-lhes que provavelmente

esbarraram com essa questão, seja lá qual for sua área de atuação. Nos foi comum esse desconforto, sendo preciso a procura por modos próprios desse cuidar, e com isso um lugar enquanto equipe. Talvez pareça tolo construir a ideia de pertencimento à equipe, até porque ficamos por pouco tempo, mas que essa ilusão tão intensa e verdadeira seja uma via importante para construção do trabalho aqui. Por vezes escutamos a nomeação “articulador social”, ao que tange nosso trabalho, mas precisamos confessar que no início nos assustamos, pois afinal somos psicólogas, saberíamos nós exercer outra função? Hoje, contudo, podemos dizer-lhes: acalmem-se! Com o tempo as coisas vão tomando forma e o seu lugar vai sendo constituído.

(d) Não há ferramentas mais importantes nesse trabalho se não o olhar, a escuta, a sensibilidade e a aposta. Esses serão seus fiéis escudeiros nessa trajetória. O conselho que temos a lhes dar é o de que não devem se poupar de se colocar, de estranhar e de estar. Potencializem os encontros e os desencontros, vá por nós! Eles podem gerar muitas surpresas e muito trabalho.

(e) A configuração do Centro de Convivência se dá por núcleos: cultura e trabalho, tendo como sub-núcleo em cada frente à perspectiva dos *cuidados pessoais*, os mesmos possuem suas atividades coletivas. Pareceu-nos confuso no início, seriam duas equipes com trabalhos que caminham por direções diferentes? Não. Precisamos nos exercitar enquanto equipe, não deixar que as diferentes demandas façam com que essa coesão se desfça. O trabalho é de todos e apesar de caminharem em focos diversos, possuem o fim comum: ampliar o cuidado, pensando o viés da atenção psicossocial! É colocar o louco na rua, mas isso não significa enfiar goela abaixo a cidade nos usuários. Entendemos que é no social, no laço que a psicose vacila/fracassa. Trata-se, então, de ofertar outras coisas, outros lugares, que vão passar pela nossa presença. Poder transferir aquilo que está conosco para a cidade, para os outros. Fazer com que esse louco chegue a alguém. Porque é com a gente que essas pessoas, muitas das vezes, conseguem chegar aos lugares e será assim que isso se sustentará, cada um por seu tempo. Conseguir nos retirar, ofertando para além de lugares, novas pessoas e novas referências, que lhes permitam chegar sem necessariamente a nossa figura.

(f) Em relação ao grupo de trabalho, pedimos que acolham os usuários que chegarem, perguntem e se interessem pela historia de cada um, pois é difícil manejar e ficar apenas na burocracia do trabalho. É preciso nos interessar por suas vidas e singularidades, e é possibilitando abertura no grupo que isso aparecerá. Muitos usuários chegam sem saber ao certo o que esse espaço significa, não tenham dúvidas que eles vão se sentir perdidos,

e para se familiarizarem leva um tempo, tempo que é preciso suportar e aguardar. Um tempo que vocês também vão precisar para entender. É importante saberem que o grupo tem um direcionamento que é falar sobre o trabalho, mas o que não impede que outras coisas da vida possam aparecer nesse espaço. Um alerta: não fiquem apenas nas falas, dêem o tempo que elas precisem, mas não se acomodem só nelas, isso nos angustiou na nossa passagem pelo CC. E com a intenção que isso ocorra menos com vocês, sugerimos que acompanhem esses sujeitos, não se paralitem diante das dificuldades do mercado de trabalho, façam parcerias, invistam nos desejos dos usuários, pois muitos podem e devem estar empregados. Sobre a cantina, vale pontuar, permitam-se vivenciar essa potência! Nós acreditamos em um projeto ambicioso em que iniciativas de cooperativas para geração de renda brotarão na rede e para isso precisamos emprestar o que foi aprendido, oferecer parceria e presença. Estaremos na torcida!

(g) Já para o coletivo *Arte e Expressão à Vista* pedimos que se atentem a cada ideia, não dando apenas importância ao que foi eleito por votação. Os pedidos mais estrangeiros e esquisitos, como o de ir ao shopping de São Gonçalo ou visitar Florália, podem ser surpreendentes! Ah, uma dica sobre os passeios e o estar na cidade: a rua é um lugar tênue, chegando a ser temerosa por alguns, mas que permite um direcionamento outro, em que precisamos lançar mão de outros recursos, de construir instituições outras em que esses sujeitos possam circular. Nosso trabalho de tecer referências possibilita lançar mão de outros recursos em diferentes situações e recolher ali a incidência dos efeitos. Esse é o trabalho que a gente aposta que possa acontecer. Que não recua diante daquilo que acontece como dificuldade, que se reposiciona e aposta em novas estratégias.

É importante ressaltar que não pretendemos, com essas recomendações, esgotar o que vocês encontraram aqui no Centro de Convivência, e saber dessas coisas nem sempre evitará as dificuldades do e no trabalho. O que queremos com essa carta é passar a vocês um trabalho do qual nos apropriamos com muito carinho neste último ano, no qual acreditamos e queremos ver florescer. Estaremos por aí, seja na rede de saúde mental ou pelas redes informais, levando conosco a marca do que pudemos vivenciar, tecendo cuidados, parcerias e novas maneiras de ocupar a cidade.