

# *Residências terapêuticas*



# *Residências terapêuticas*

Dezembro de 2021

# Sumário

---

6	<b><i>Apresentação</i></b>
12	<i>Onde se constroi uma vida</i>
22	<i>Saúde como indutor da construção de um mundo mais próspero'</i>
28	<i>Aviso prévio</i>
34	<i>Lugar do corpo é no corpo</i>
42	<i>Começar de novo</i>
50	<i>A receita que deu certo</i>
56	<i>Brincos iguais ao colar</i>
64	<i>Sempre cabe mais um</i>
78	<i>Muito mais que uma cabrocha</i>
86	<i>Construir, desconstruir, reconstruir</i>
124	<i>Reforma Psiquiátrica</i>
130	<i>Gestão</i>
138	<i>Ficha Técnica</i>

# Apresentação

A pandemia da COVID-19 trouxe vários efeitos para nossa sociedade, dentre eles emergiu um assunto muito importante que por muitas vezes ficava invisibilizado: a saúde mental. Saúde mental é hoje um tema tratado com muita ênfase, tanto nas políticas públicas, quanto pelos organismos internacionais, pelas empresas e pelas organizações da sociedade civil.

Nessa seara um ponto importante é o impacto profundo na interação social. "As pessoas reagem de maneiras diferentes ao distanciamento, mas, via de regra, somos todos animais sociais", pondera Rafael Bernardon. "Agora estamos começando a flexibilizar a convivência nos círculos mais íntimos, mas seguimos vivendo com restrições junto aos contatos expandidos, nesse 'novo normal' em que temos que reinventar essas relações", diz.<sup>1</sup>

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a saúde mental é caracterizada por um estado de bem-estar no qual uma pessoa é capaz de apreciar a vida, trabalhar e contribuir para o meio em que vive ao mesmo tempo em que administra suas próprias emoções. A OMS aponta que a ansiedade afeta 18,6 milhões de brasileiros e os transtornos mentais são responsáveis por mais de um terço do número de pessoas incapacitadas nas Américas. A Covid-19 fez não só com que esses transtornos se agravassem, mas também trouxe novas questões.

Alguns dados pré-pandemia também são importantes de serem aqui destacados:

- **3% da população geral sofre com transtornos mentais severos e persistentes;**

- **mais de 6% da população apresenta transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso de álcool e outras drogas;**

- **12% da população necessita de algum atendimento em saúde mental, seja ele contínuo ou eventual.**

O CIEDS vem há 23 anos desenvolvendo soluções e tecnologias sociais com foco na promoção da prosperidade, que é mais renda, mais educação, mais saúde, melhores condições ambientais e acima de tudo confiança no futuro. Mas, como conseguir alcançar esses resultados sem trabalhar com o cuidado em saúde mental?

Para o CIEDS, saúde mental é um tema muito caro e transversal; mesmo antes da pandemia, desenvolvemos continuamente um conjunto de ações com o foco em saúde mental tanto para nossos beneficiários, quanto para nossos públicos internos.

A pesquisa World Mental Health Day 2021, realizada pela Ipsos com entrevistados em 30 países, aponta que três em cada quatro pessoas no Brasil (75%) afirmam pensar muito ou consideravelmente em seu próprio bem-estar mental. O percentual nos coloca como os que mais se preocupam com o assunto entre todos os entrevistados no levantamento.

Em uma sociedade marcada por desigualdades sociais, discriminações e violações a direitos, a preocupação com o bem-estar mental se conecta diretamente com a perspectiva da confiança no futuro, tema que trabalhamos com nossos públicos e que é foco de nossas estratégias e ações

Esta publicação mostra casos de pessoas que viveram durante muitos anos em instituições psiquiátricas. Em suas páginas estão registrados recortes de trajetórias pessoais, experiências de vida e uma abordagem sobre a organização de uma política pública, com seus pressupostos, marcos e parâmetros. No entanto, o que acontece aqui, nesse momento em que você nos lê, é também um manifesto que, esperamos, seja continuado e cada vez mais amplo: um manifesto pelo cuidado amplo e irrestrito em saúde mental.

Queremos contar como é possível enxergar, cuidar e criar espaços para conviver com as diferentes humanidades que somos. A publicação nasceu deste compromisso e com o objetivo de dialogar e tornar conhecida a experiência transformadora de pavimentar o caminho do isolamento para a inclusão, da alienação para a participação, do não para o sim.

<sup>1</sup> - <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021-1/outubro/realidade-imposta-pela-pandemia-pode-gerar-transtornos-mentais-e-agravar-quadros-existentis>



***As residências – como espaço de moradia dentro da cidade – possuem uma lógica de cuidado que é produzida na casa, ou a partir da casa, quer seja na rua, no supermercado, no cinema, na escola, enfim, nos inúmeros lugares do sujeito pelo território, pois o foco desse modo de cuidar está ligado à promoção de uma chance de resgate de vida aos sofredores psíquicos, de reconhecimento enquanto sujeito, de cidadanização, de desobjetivação paralisadora que a instituição asilar imprime. (JUNIOR; SILVEIRA, 2009).<sup>2</sup>***

A internação de pessoas com transtornos mentais no Brasil remonta à metade do Século XIX. Por um longo tempo, a atenção a essas pessoas foi quase sinônimo de internação em hospitais psiquiátricos especializados. A partir dos anos 70, observa-se experiências de transformação da assistência, pautadas no começo pela reforma intramuros das instituições psiquiátricas (comunidades terapêuticas) e mais tarde pela proposição de um modelo centrado na comunidade e no sujeito e substitutivo ao modelo hospitalocêntrico e com foco na “doença”. Destaca-se que o movimento de reforma psiquiátrica brasileiro é parte integrante da construção da democracia no país.

A principal diferença observada entre os serviços de psiquiatria tradicional e aqueles propostos pela reforma psiquiátrica concentra-se justamente no indivíduo, enquanto a psiquiatria tradicional concentrava-se na doença colocando o indivíduo em segundo plano, a reforma psiquiátrica inaugura uma nova forma, onde não se nega a existência da doença, mas se prioriza o cidadão, como um sujeito em sofrimento psíquico.

Consoante com diversas experiências de reforma da assistência psiquiátrica no mundo ocidental, e as recomendações da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) contidas na Carta de Caracas (1990), o Ministério da Saúde, a partir da década passada, define uma nova política de saúde mental que redireciona paulatinamente os recursos da assistência psiquiátrica para um modelo substitutivo de base comunitária. Incentiva-se a criação de serviços em saúde mental de atenção

comunitária, pública, de base territorial, ao mesmo tempo em que se determina a implantação de critérios mínimos de adequação e humanização do parque hospitalar especializado.

O cenário atual da Saúde Mental no Brasil aponta os seguintes aspectos: a tendência de reversão do modelo hospitalar para uma ampliação significativa da rede extra-hospitalar, de base comunitária; o entendimento das questões de álcool e outras drogas como problema de saúde pública e a necessidade da priorização dessa temática pelos governos; e a ratificação das diretrizes do SUS pela Lei Federal 10.216/01 e da 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental.

A Política Nacional de Saúde Mental brasileira tem como eixo organizador a desinstitucionalização, compreendida como um processo complexo que envolve não apenas a desospitalização de moradores de hospitais psiquiátricos, mas fundamentalmente a construção de condições efetivas para um cuidado comunitário contínuo e qualificado para todos os que necessitem de atenção, tratamento, reabilitação e reinserção social.

Mister, ainda se faz frisar que o atual momento em que vivemos da reforma psiquiátrica pressupõe uma inversão, tal qual postula, Silva et al (2002), “não somente pela humanização das relações entre os sujeitos nas instituições que venham substituir o asilo, mas pela mudança na organização dos processos de trabalho e na estrutura dos serviços psiquiátricos; pelo desenvolvimento de outras culturas e outros lugares sociais, onde se tolere com ética e solidariedade a diversidade da loucura.”

***No plano sociocultural, o desafio é fazer da loucura e do sofrimento psíquico uma questão que ultrapasse as fronteiras do discurso técnico, e do saber psiquiátrico em especial, insistindo na dimensão existencial e humana que facilmente se esconde por trás dos jargões e protocolos médico-psicológicos, trazendo para o debate público do tema atores de diversos segmentos sociais.<sup>3</sup>***

2 - JUNIOR, Hudson Pires de Oliveira Santos; SILVEIRA, Maria de Fátima de Araújo. Práticas de cuidados no serviço de residências terapêuticas: percorrendo os trilhos de retorno à sociedade. Revista Esc. Enfermagem. Universidade de São Paulo, 2009

3 - Bezerra Jr., Benilton. Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. Physis: Revista de Saúde Coletiva [online]. 2007, v. 17, n. 2 [Acessado 23 Novembro 2021], pp. 243-250. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000200002>>. Epub 12 Nov 2007. ISSN 1809-4481. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000200002>.

GM 2068/2004 que institui o auxílio financeiro aos municípios para a implantação das residências; as portarias 52 e 53/2004, que estabelecem um programa de redução progressiva de leitos psiquiátricos no Brasil; Portaria GM 3090/2011 sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT).

Publicação do Ministério da Saúde aponta que: “As residências terapêuticas constituem-se como alternativas de moradia para um grande contingente de pessoas que estão internadas há anos em hospitais psiquiátricos por não contarem com suporte adequado na comunidade.”

Segundo a OPAS/OMS (ALMEIDA; GONZÁLEZ, 2005), os programas residenciais têm como objetivo a melhora da funcionalidade pessoal e social e a permanência na comunidade de pessoas que convivem com transtornos psiquiátricos. Processo que se efetiva por meio da recuperação, estabelecimento ou manutenção de uma casa própria, da provisão de alojamento com níveis distintos de supervisão e apoio, e de um programa individualizado de cobertura das necessidades cotidianas, em coordenação com os serviços de saúde mental. A agência destaca que o principal objetivo das residências é a vida independente do usuário e o estímulo a sua autonomia pessoal e social. Logo, sua participação ativa no processo é essencial, devendo-se evitar esquemas paternalistas ou excessivamente institucionais.

Os principais desafios e dificuldades do processo de desinstitucionalização e implementação de residências terapêuticas consistem em: (a) superação do paradigma da doença e da hospitalização como único recurso viável; (b) implementação de uma lógica de cuidado em detrimento a uma propositura de cura; (c) sensibilização dos familiares quanto à efetividade do processo; (d) interlocução e promoção da intersetorialidade com os serviços públicos do território visando garantir uma integralidade no atendimento; (e) formação técnica e humanizada dos profissionais que atuam nos serviços; (f) alto turnover de profissionais; (g) estigmatização da sociedade da pessoa com transtorno mental; (h) garantia de mecanismos e suportes que apoiem os processos de autonomia e a consequente reinserção social e familiar.

Temos enfrentado esses desafios a partir de um conjunto de ações estruturadas que tem como pressuposto básico a parceria com a Superintendência de Saúde Mental, as Coordenações dos Hospitais e dos CAPs; temos ainda proposto continuamente processos de formação continuada que permitam aos profissionais refletirem sobre a importância dessa virada de paradigma; construído um conjunto de parcerias com instituições no território que validem e confirmem o fa-

zer; formulado e disseminado campanhas via redes sociais que contribuam para a redução da estigmatização da pessoa com transtorno mental; apoiado atividades e ações culturais que promovam a aproximação da sociedade ao portador do transtorno mental e vice-versa, aproximado os residentes nas RT's de oficinas de formação e geração de renda, que favoreçam seus processos de autonomia e o empoderamento sobre suas próprias vidas.

Desse modo, este fazer concretiza a mística de integralidade da política do cuidado, da desinstitucionalização e humanização das relações.

Contamos aqui a história de usuários de uma política pública da Cidade do Rio de Janeiro: os Serviços Residenciais Terapêuticos. Pessoas que viveram anos como internos nas grandes instituições de longa permanência – os manicômios. Anônimos em diversos aspectos – nos seus desejos, falas, presença - alguns nunca viveram fora dos muros institucionais. Nunca.

A maior parte destas histórias foi coletada no ano de 2017, em um contexto pré-pandêmico. Entretanto, ainda refletem a realidade das pessoas que vivem com transtornos mentais.

Nesse diálogo, outros atores são necessários para, na linguagem do poeta, dar “cintilância a seres apagados”, e esta revista é o convite para que sejamos todos – você também – construtores ativos de uma nova realidade: acolhedora, ampla, cheia de oportunidades, ética, generosa. E linda na sua diversidade.

# *Onde se constroi uma vida*



*- Meus senhores, a ciência é coisa séria, e merece ser tratada com seriedade. Não dou razão dos meus atos de alienista a ninguém, salvo aos mestres e a Deus. Se quereis emendar a administração da Casa Verde, estou pronto a ouvir-vos; mas se exigis que me negue a mim mesmo, não ganhareis nada. Poderia convidar alguns de vós, em comissão dos outros, a vir ver comigo os loucos reclusos; mas não o faço, porque seria dar-vos razão do meu sistema, o que não farei a leigos nem a rebeldes.*

*O Alienista, Machado de Assis.*



***A desconstrução do modelo do manicômio é também a desconstrução da própria loucura e do “louco”; da loucura como maldição, do louco como ameaça.***

A rede de serviços extra-hospitalares que vem sendo implantada nas cidades, na medida em que se insere nos territórios, instaura também um novo espaço para as pessoas com transtorno mental – o espaço da cidadania. Com direito a escolhas, afetos, alegrias e tristezas. E também com direito à sua loucura, como uma condição de vida e não um veto à vida.

Profissionais da Saúde Mental, cuidadores, terapeutas, gestores se deparam com o complexo desafio de prover apoio, acolhimento e recursos que possibilitem a pavimentação de um caminho possível desde o hospício até a cidade e seu dia a dia. Estar presente sem cercear, sem medicalizar. Sem transformar cuidado em poder.

Esta experiência é particularmente rica nos Serviços de Residenciais Terapêuticos. Nestas casas estão sendo criadas as condições para que se estruturam as relações sociais, as relações dentro da casa, entre os moradores, além de todas as relações com instituições de saúde, de educação, de trabalho e principalmente com a cidade e tudo que fica lá fora, podendo ser acessados livremente.

A mudança na vida da pessoa com transtorno mental é radical – ela deixa uma rotina absolutamente controlada e mergulha na vida, que vai revelar aquela infinidade de questões pessoais, sociais, emocionais e financeiras que todos vivemos. Não é fácil, não. Mas é fato: está dando super certo.

***Quem faz esta história***

Quem são estes personagens presentes no cenário da Residência Terapêutica? Coordenadores, acompanhantes terapêuticos, técnicos de enfermagem, cuidadores. E moradores.

O cuidador é aquela figura lá na ponta, que não tem formação especializada, mas é o personagem mais presente na casa. Figura-chave. Nas Residências Terapêuticas, os cuidadores que vêm de uma experiência anterior nos manicômios precisam também se readaptar ao processo e para isso são acompanhados e capacitados sistematicamente, numa atualização permanente das práticas. Já os técnicos de enfermagem estão presentes nas casas de maior complexidade, onde além dos prejuízos trazidos pela longa internação em um hospital psiquiátrico, os moradores também apresentam questões clínicas crônicas ou agravadas, que precisam ser acompanhadas por serviços de atenção básica à saúde, ambulatorial e/ou hospitalar.

Os coordenadores são profissionais da área de saúde de diversas categorias, cuidam da gestão das casas – equipes, orçamentos e aluguéis; fazem a articulação das equipes, a interlocução com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de referência e encaminham as questões mais complexas envolvendo também atores de outras políticas sociais, como a assistência social, educação, justiça e etc. Os acompanhantes terapêuticos dão apoio aos cuidadores e moradores, monitorando as questões do dia a dia, observando de perto os processos de cada caso.

A rede tecida neste ambiente é mais eficiente na medida em que cria e garante os espaços para a autonomia do morador. Mas não se pode perder de vista, jamais, que são pessoas que efetivamente precisam, ainda, de cuidado e acolhimento – medicação, atenção às dinâmicas e relações que se estabelecem na casa, os espaços de pactuação de direitos e deveres. Mas e os médicos, psiquiatras, psicólogos? Estão nos CAPS, onde é o lugar do tratamento. Repita-se: lá fora, longe das casas, dentro da cidade.



**Nas Residências Terapêuticas, o foco é o morar.**

Neste cenário, uma figura-chave se destaca justamente na tarefa de mostrar os caminhos para a consolidação da morada, do coletivo, da vida cotidiana: o cuidador.



## ***A Atenção no Cotidiano – o cuidador***

No cenário do Serviço Residencial Terapêutico, existe uma figura-chave, o profissional que vive o cotidiano da casa, em contato diário com os moradores: o cuidador. A presença deste profissional se dá de acordo com a complexidade da Residência – com moradores mais ou menos autônomos. De qualquer modo é ele quem acompanha bem de perto as rotinas e, sob a supervisão dos coordenadores e acompanhantes terapêuticos, apoia e orienta os moradores neste novo projeto de vida. Seu foco é cuidar e facilitar a vida, sem tutela.

A Política Nacional de Saúde define o cuidador como “a pessoa, membro ou não da família, que, com ou sem remuneração, cuida do doente ou dependente no exercício das suas atividades diárias, tais como alimentação, higiene pessoal, medicação de rotina, acompanhamento aos serviços de saúde e demais serviços requeridos no cotidiano - como a ida a bancos ou farmácias, excluídas as técnicas ou procedimentos identificados com profissões legalmente estabelecidas, particularmente na área da enfermagem<sup>4</sup>”.

Na Residência Terapêutica, os cuidadores desempenham muitas das funções mencionadas na Portaria. Estas funções vão seguir as características da casa e dos moradores – pessoas com transtornos mais graves, com mais ou menos autonomia, condições de saúde mais frágeis etc. As casas de menor complexidade funcionam bem com a presença semanal do cuidador; as mais complexas precisam de cuidadores em regime integral, 24 horas.

O cuidado, na RT, provê apoio e segurança com a perspectiva de garantir autonomia e liberdade. Não se pode perder de vista que os moradores são pessoas que efetivamente precisam, ainda, de cuidado e acolhimento – medicação, observação das dinâmicas e das relações que se estabelecem na casa, espaços de pactuação e contratualização de direitos e deveres, regras da moradia coletiva. Mas esse cuidado não se confunde com tutela ou autoridade.

Daí a importância do cuidador no processo que vai da saída do manicômio à construção de uma nova identidade. É ele quem estimula, junto a cada morador, as mudanças na dinâmica da vida. Por meio das novas rotinas, o cuidador ajuda a (re)criar práticas, como os cuidados pessoais de higiene, a limpeza da casa, o preparo da alimentação. O processo é de abandono dos hábitos oriundos do período de internação fundados na passividade, no alheamento, no abandono. Muitos cuidadores vêm de uma experiência anterior nos manicômios e precisam, eles também, se adaptar a uma nova forma de desempenhar seu trabalho. Outros começaram a carreira de cuidador na Residência Terapêutica e trazem com eles a possibilidade de novos olhares e práticas inovadoras, justamente por

<sup>4</sup>  
Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1395/GM, de dezembro de 1999. Dispõe sobre a Política Nacional de Saúde do Idoso [Internet]. Brasília; 1999 [citado 2008 nov. 12].

Disponível em:  
<http://www.ufrgs.br/3idade/portaria1395gm.html>

não terem experimentado a lógica de trabalho dos manicômios, de restrição e desumanização dos pacientes.

Não é um trabalho simples. Manter a fronteira entre cuidado e tutela é um processo delicado, em permanente atualização: requer compreender as lógicas e peculiaridades de cada morador, as características da sua doença, suas idiosincrasias e desejos; estimular a criação de uma casa de verdade; abrir mão de pequenos poderes, além da lista de tarefas objetivas: ir ao banco, acompanhar ao mercado, ajudar a definir o cardápio; até o CAPS e na visita à família...



## ***Fazendo história***

Maria José é uma dessas cuidadoras que guardam parte da história do programa de desinstitucionalização na cidade. Trabalhava como doméstica e em busca de empregos melhores resolveu fazer um curso de cuidadora. Seu primeiro emprego depois da qualificação foi no Instituto Nise da Silveira, como cuidadora de Enfermaria. E lá ficou por doze anos, colecionando um sem fim de experiências. Em 2004, foi trabalhar com as Residências Terapêuticas vinculadas ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Clarice Lispector no município do Rio de Janeiro.

O Nise da Silveira já desenvolvia um programa de desinstitucionalização, com pequenas moradias dentro do próprio espaço do Instituto, novas abordagens e metodologias de tratamento. O Programa de Moradias representava uma etapa



intermediária entre a internação e a reinserção na sociedade, um espaço de transição, em que se começava a trabalhar as questões da autonomia com os internos. E Maria José já começou a trabalhar no manicômio com parâmetros mais humanizados para o tratamento da pessoa com transtorno mental e suas dificuldades.

Lá, aprendeu a identificar as brechas por onde é possível estabelecer uma relação positiva, de confiança, mesmo com os pacientes com transtornos mais complexos. Aliás, ela diz que sempre foi a referência dos mais comprometidos. Desde o início do trabalho no Nise, na Enfermaria Revivendo, se identificou com os casos mais graves e pôde entender que é possível melhorar as condições de vida mesmo a partir dos piores quadros.

Apesar de Reforma Psiquiátrica já estar em andamento e os muros do Instituto Nise da Silveira terem sido derrubados para dar lugar a um espaço de liberdade e cidadania, Maria José lembra que ela ainda viu o “hospício pesado”, com pacientes contidos, amarrados, completamente alienados. Mas também guarda a memória da transformação de muita gente. De mulheres que recuperaram a autoestima, reconstruíram identidade própria, abandonando as fantasias esdrúxulas de “Xuxas” descabeladas e seminuas; de homens que

não conseguiam transpor portões físicos ou imaginários; de gente agressiva, inacessível, que devagarinho começou a se relacionar com o mundo; e gente que, vivendo de medo, nem tinha coragem de falar.

Para ela, no seu jeito simples de analisar, mas com a vantagem de ter visto e vivido de perto o processo, o movimento da desinstitucionalização foi menos assustador do que muitos grupos esperavam. Internos que pareciam muito, muito comprometidos, mostraram uma enorme facilidade de adaptação.

Maria José menciona um ex-interno que foi institucionalizado aos oito anos de idade, abandonado pela família, e 40 anos depois, só saía do hospital para ir ao banco com seu tutor. Não confiava em mais ninguém. Mas esse tutor morreu. E agora, fazer o quê? Maria levou quatro longos meses para construir uma relação de confiança forte o bastante para acompanhá-lo até o banco. Um caso muito difícil - avalia Maria -, mas hoje, depois de um longo processo de adaptação, ele saiu do Nise, mora numa Residência Terapêutica, usufrui da cidade, anda de ônibus sozinho e frequenta o CAPS. Vai vivendo muito bem, obrigado. Os cuidadores sabem que é possível, sim, criar uma vida inteira quando há investimento real.



### ***Nem tudo são flores***

A vida e o trabalho nas residências seguem uma rotina mais ou menos doméstica. Café da manhã, almoço, horário da medicação. Mas tem sempre uma novidade. Sempre. Alguma história que acontece na rua, na ida ao banco, no passeio; algum aprendizado, alguma decisão, pequenas mudanças. “É uma rotina mais ou menos”, conclui Maria José.

Os momentos mais difíceis são as eventuais crises dos moradores, e quando acontecem, principalmente quando envolve violência, causam um desequilíbrio na dinâmica da casa. Este, para Maria José, é o maior desafio na gestão das residências. Ela fala de uma sensação de segurança que o trabalho dentro do hospital proporcionava.

Dentro do Nise da Silveira, havia a retaguarda permanente dos psiquiatras e de toda a equipe do hospital. Na Residência é diferente. E está aí também a importância da qualificação dos profissionais, que devem estar preparados para criar as estratégias de ação para estes enfrentamentos.

É preciso ter atenção aos pequenos sinais de desequilíbrio; criar práticas de prevenção; administrar o problema e também saber identificar a hora de buscar ajuda. Quando todas as tentativas de prevenção ou superação da crise não adiantam, há o recurso ao “SOS”, medicação administrada via oral e, nas situações mais complexas, nos casos onde os CAPS são 24 horas é possível contar com a equipe do serviço e o acolhimento noturno. Mas nas situações mais extremas é preciso chamar o SAMU para atendimento em um serviço de urgência e emergência

### **E preservar os outros moradores.**

ali, ainda que a tendência seja a estabilização, na medida em que as rotinas e as novas vivências se acomodam. A ideia é caminhar no sentido de diminuir a ocorrência das crises e “reduzir os danos”, na medida do possível. Como conversar, prever, evitar a crise? Quais canais de diálogo podem funcionar? Que movimentos evitar? Maria José tem construído seus saberes: “Com o tempo, a gente vai conhecendo os moradores e sabe que cada caso é um caso. A gente aprende com eles, aprende a entender o jeito de cada um e já dá pra ver se está bem ou não, só no olhar”.

***Sabedoria de quem está construindo a estrada há 12 anos, ali, juntinho do morador.***





# *Saúde como indutor da construção de um mundo mais próspero*

**Leonardo L. Moraes**  
**Aldeli Carmo**

Saúde mental é uma questão que tem recebido grande atenção da nossa sociedade no século XXI. Contudo, no século anterior, já era questionável o modelo higienista de tratamento das pessoas que apresentavam algum transtorno mental, por colocar a internação como alternativa primeira frente ao sofrimento psíquico e a loucura. Havia a crença de que o “tratamento moral”, ou seja, isolamento social e submissão à disciplina rigorosa, resultaria na cura das pessoas que manifestavam a loucura ou grave sofrimento psíquico. É neste processo que se constitui a psiquiatria como campo de saber médico e também neste momento que passamos a construir ou ressignificar grandes instituições asilares para isolamento dos loucos e de quaisquer pessoas que desviassem da ordem social e do modo de vida estabelecido.

A lógica manicomial, que perdurará dos séculos XVIII ao final do XX, quando discussões envolvendo a dignidade da pessoa humana e os direitos humanos traz o florescimento de uma percepção de que ter saúde está para além da ausência de doença, porque a saúde pressupõe qualidade de vida e valorização dos aspectos biológicos, psíquicos e sociais.

Estratégias de atenção psicossocial territorial tomam força entre o final do século XX e início do XXI. O manicômio dá lugar ao cuidado no território promovido por serviços de saúde mental, atenção básica e todas as estratégias extramuros que se tornam possíveis quando os profissionais de saúde passam a desinvestir suas ações no hospital psiquiátrico como estratégia de cuidado e passam para uma atuação em rede com contornos melhores definidos.

Importante salientar que esse processo não ocorre de forma orgânica, mas é claramente um resultado da luta de usuários, familiares e profissionais contrários às condições aviltantes de vida em que as pessoas internadas por tempo indeterminado nos hospitais psiquiátricos estavam, trazendo prejuízos claros à sua identidade humana e sociabilidade e, muitas vezes, agravo das condições mentais que justificaram a internação no primeiro momento.

Desta forma, reorientamos em nossa sociedade as estratégias de cuidado das pessoas que manifestam algum transtorno mental, principalmente para aqueles transtornos que comprometem o estabelecimento de relações sociais com o território em que essas pessoas habitam.

No século XXI, concomitante ao processo de fechamento dos manicômios - processo este que denominamos como desinstitucionalização, acentuou-se em nossa sociedade o número de pessoas que apresentavam dificuldades, em menor ou maior grau, em lidar com a vida social devido a problemas de ordem psíquica. Nestes termos, depressão, ansiedade, suicídio passam a ser temas recorrentes em nossa sociedade, atingindo indivíduos de todas as camadas sociais e implicando aos atores sociais o desenvolvimento de estratégias de cuidado



que reduzam o sofrimento psíquico e mal-estar proveniente de uma sociedade com relações sociais cada vez mais fragilizadas, na qual o fulgor pela acumulação de recursos econômicos e a sobreposição dos interesses individuais sobre o coletivos têm colocado grandes desafios para produção de um ambiente social promotor de inclusão social, realização pessoal, respeito à diferença e dignidade humana.



É neste contexto que Organizações da Sociedade Civil como o CIEDS vem atuando no sentido de construir condições para uma sociedade mais próspera, contribuindo para a redução das desigualdades sociais e para a promoção de melhores condições de vida para diferentes populações pelo Brasil.

Para enfrentar tamanho desafio, o CIEDS atua desde 1998 com projetos que geram contribuições para os processos de prevenção, reabilitação e cuidado de famílias e indivíduos em situação de vulnerabilidade. São iniciativas diversas voltadas para adolescentes e jovens, pessoas vivendo com HIV/AIDS, para capacitação de profissionais como Agentes Comunitários de Saúde, cuidadores e

lideranças comunitárias, todos visando o fortalecimento da atuação em rede e o desenvolvimento dos territórios.

Mais recentemente, o CIEDS desenvolveu o projeto ATIVA 027 no Espírito Santo, voltado para jovens entre 12 e 17 anos. O projeto, que nasce no contexto da pandemia da Covid-19, teve a maioria das suas atividades acontecendo de forma digital e jogou luz nas temáticas: empoderamento de meninas, identidade de gênero e racial, maternidade na adolescência, saúde mental e nutrição. Temáticas sensíveis, porém, necessárias, como bem descrevem os jovens participantes do projeto. Os debates sobre saúde mental no Ativa 027 foram essenciais para os jovens de periferia de mais de 40 cidades do estado, que neste universo dialogado, puderam falar entre eles sobre os enfrentamentos do momento, solidão, suicídio, depressão, isolamento, família e realidade das juventudes brasileiras, além de propor políticas para juventudes no estado.

Tratar do tema da saúde mental possibilitou o deslocamento dos jovens do isolamento para o compartilhamento coletivo e, nesse espaço seguro, receberam acolhimento e puderam falar como conseguiram superar os momentos difíceis pelos quais passaram e como podem, agora, cuidar mais da sua saúde mental.





Para o CIEDS, a consolidação da reforma psiquiátrica é fator condicionante para uma sociedade mais justa e menos desigual. O estigma envolto à loucura e aos transtornos psiquiátricos estabelecidos no período das grandes internações precisa ser desconstruído através de ações que demonstrem o caráter humano que nos torna iguais dentro de uma sociedade, assim como a condição de indivíduo que nos permite ser diferente dentro desta mesma sociedade. Neste norte, durante a pandemia da COVID-19, frente ainda ao desafio da formação continuada de profissionais mediante aos limites de contato e proximidade física das pessoas, o CIEDS desenvolveu em parceria com a prefeitura do Rio de Janeiro um curso EaD (Educação à Distância) para profissionais de nível médio que atuam nas Residências Terapêuticas, fortalecendo a autonomia e o autocuidado das pessoas que por muitos anos estiveram internadas em hospitais psiquiátricos e com isso tiveram severas perdas na capacidade de socialização e identidade própria.

No ano de 2021, o CIEDS vem tendo o orgulho de experienciar o processo de fechamento da última enfermaria de longa permanência do Instituto Municipal de Assistência à Saúde Nise da Silveira, anteriormente conhecido como Centro Psiquiátrico Pedro II, e ainda local onde esteve localizada a Colônia de Alienadas do Engenho de Dentro – fundada em 1918 como primeiro ambulatório psiquiátrico da América Latina. O encerramento do ciclo deste espaço como local de restrição de liberdade das pessoas com transtornos mentais como proposta de tratamento é, sem dúvidas, um marco histórico na reforma psiquiátrica brasileira, exemplo a ser seguido por outras instituições psiquiátricas de longa permanência ainda em funcionamento no país.

De certo que ainda temos um grande desafio para atingirmos os objetivos da palavra de ordem que abre a I Conferência de Saúde Mental em 1987, que ambiciosamente nesta data organizava politicamente a luta “por uma sociedade sem manicômios!”. Estas instituições ainda estão em funcionamento e presentes no imaginário de nossa sociedade como algo possível de existir. Portanto, precisamos encerrar com a lógica manicomial derrubando seus muros, abrindo suas portas e fortalecendo uma estrutura substitutiva de base territorial formada por uma rede intersetorial de estratégias de cuidado para pessoas com transtornos mentais, na qual incluídos dispositivos como CAPS, Clínica da Família, CRAS, CREAS, Escolas, Centros Esportivos e de convivência comunitária, dentre tantos outros dispositivos públicos e privados promotores de proteção social, inclusão e desenvolvimento pleno do potencial humano das pessoas com transtornos mentais.

Não obstante a isto, e de forma mais ampla, outro desafio que temos para nossa sociedade no século XXI é o fortalecermos da percepção de que saúde não significa ausência de doença, não é uma condição somente biológica, mas também psicossocial, e, portanto, atravessa tantas outras questões como educação, trabalho, nutrição, moradia digna e condições do pleno desenvolvimento das capacidades de cada indivíduo enquanto ser humano, características que nos une permitindo alcançarmos resultados imensuráveis quando organizados politicamente em prol de uma sociedade mais justa e com menos desigualdades.





# *Aviso prévio*



*Nesta história, vamos tratar basicamente do presente, pois aqui não dá para traçar longas linhas do tempo, com inícios precisos, acontecimentos marcantes e longas memórias. Se há lembranças, elas podem ser abandonadas sem prejuízo do que queremos registrar: a construção de um tempo novo, que é justamente o agora, quando acontece a ação. E encontramos aqui um movimento permanente, que se contrapõe ao tempo monolítico do passado.*



Quanto tempo ficou para trás, preso nos muros de algum manicômio? Dez, vinte, cem anos? Um tempo vazio, sem marcos ou criações, porque, principalmente para quem entrou no sistema manicomial há muitos anos, a experiência pode ser literalmente de vácuos.

Em contrapartida, este momento aqui e agora é intenso, enorme, cheio de atividade, descobertas e demandas. Tratamos de reaprender ou mesmo aprender a viver. Como querer, agir, sair, voltar? Sorrir, combinar, entender, desejar? Escolher a comida nas prateleiras do mercado, fazer contas, planejar a festa de domingo?

Ora, viver dá um trabalho danado. Não é simples. Não mesmo. E se você viveu dentro de um hospício por 2/3 da sua vida? Acordar na hora certa, café da manhã igualzinho todos os dias, medicação, privação, uniforme. Acabou o café. O vizinho comeu sua fruta. O grito. A raiva, a contenção. Choque elétrico. De novo. Mais uma vez amarrado na cama.

Nada disso importa mais. Porque agora é lembrar o dia do pagamento, do ônibus para ir ao cinema, descobrir e memorizar o melhor caminho até o shopping, reencontrar o gosto doce e transbordante do *milk shake* de chocolate. Aprender a escolher, rejeitar, reunir, separar, conhecer os vizinhos e ganhar a cidade. Amar, namorar, discutir, combinar. Cantar “parabéns pra você!”.

O jeito de cada um, as fantasias, encantamentos, delírios, seguem seu rumo, convivendo com outros tantos fenômenos humanos. Mas aqui, nestas casas, estamos dedicados à imensa tarefa de viver. Agora.

Não se trata apenas de refundar a identidade da pessoa com doença mental, do louco e da loucura. O Serviço de Residências Terapêuticas organiza uma espécie de orquestra que, com acordes muito delicados, executa uma sinfonia complexa. A partir de determinados paradigmas, a sinfonia é improvisada a cada novo acorde, nas demandas que surgem no processo de resgate de cada indivíduo e na formação de cada coletivo.

Cada um com sua história; as relações entre os companheiros de uma mesma casa; as relações entre cuidadores e moradores, Acompanhantes Terapêuticos, Centros de Atenção Psicossocial e seus profissionais, tudo isso é atualizado e ajustado permanentemente, inaugurando de fato um novo espaço. São diversos atores dedicados a reestruturar práticas e dinâmicas para constituir este novo espaço social. Sem estigmas, preconceitos e rótulos.





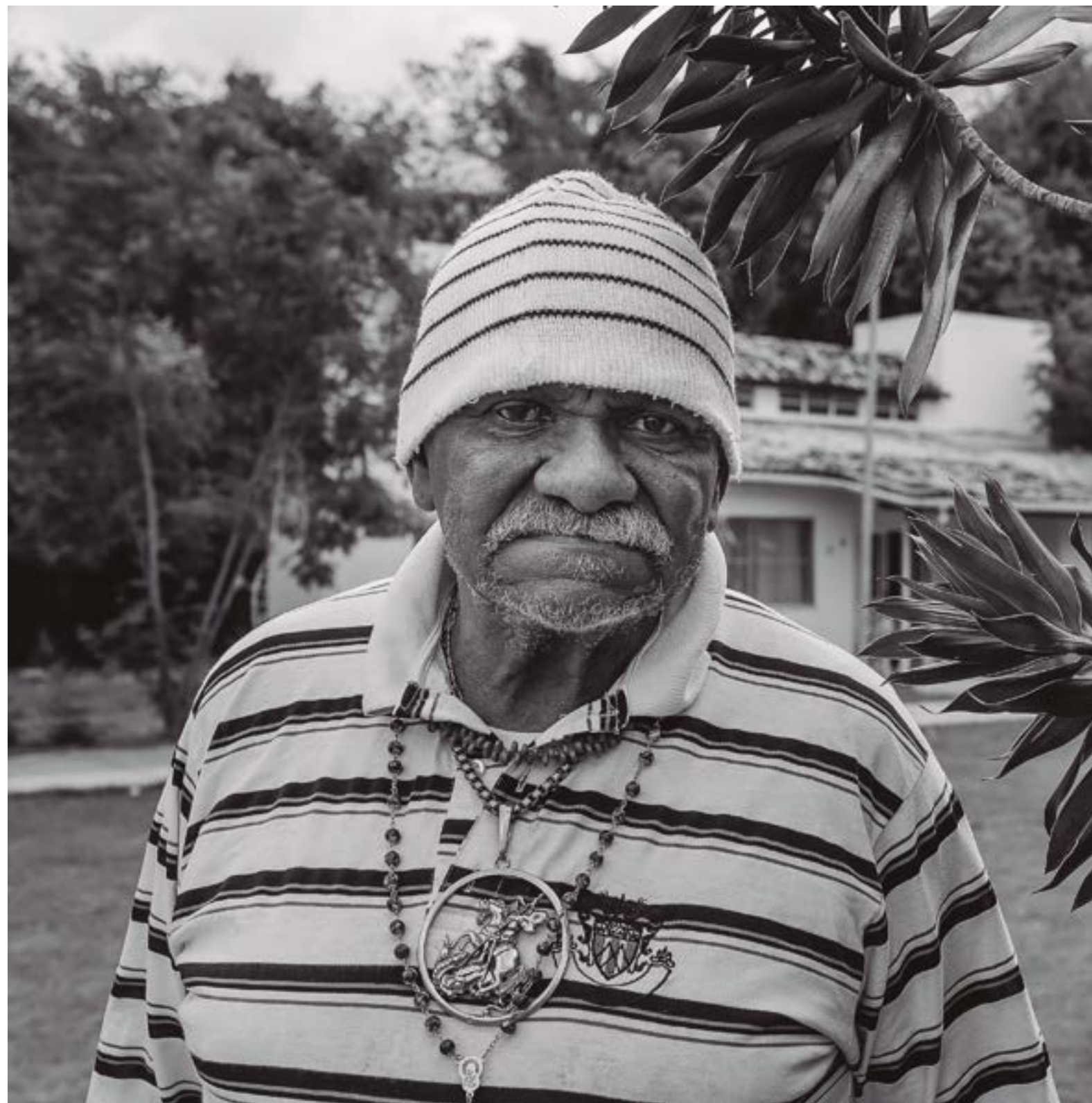
*A Reforma Psiquiátrica ganha corpo, concretude,  
na experiência das Residências Terapêuticas.  
Um caminho sem volta.*



# *Lugar de corpo é no corpo*

*“É dito: pelo chão você não pode ficar  
Porque lugar da cabeça é na cabeça  
Lugar de corpo é no corpo  
Pelas paredes você também não pode  
Pelas camas também você não vai poder ficar  
Pelo espaço vazio você também não vai poder ficar  
Porque lugar da cabeça é na cabeça  
Lugar de corpo é no corpo”*

*Falatório de Stela do Patrocínio*







Quando deixamos o Núcleo Histórico da Colônia Juliano Moreira, atual Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira, o céu estava pesado, com nuvens escuras. A garoa contribuía para cristalizar um quadro de ruínas. O velho Pavilhão 1, agora abandonado, foi invadido por trepadeiras, o mato alto, a casa consumida pelo tempo. A Colônia de Psicopatas Homens de Jacarepaguá foi inaugurada em 1924, nas terras do antigo Engenho de Nossa Senhora dos Remédios. Uma das casas da fazenda ainda está de pé, mas completamente desfigurada pelo tempo. Alguns internos vagam solitários em meio a casas brancas de janelas e portas azuis. Prédios belos, históricos, alguns decadentes e internos remanescentes fazem lembrar um cenário muito, muito antigo, e a cena parece falsificada. Como a triste caricatura de uma política falida, ou como um memorial, para que não esqueçamos o horror.

A Vila Residencial Stela do Patrocínio fica a apenas cinco minutos de carro desde o Núcleo, ainda no terreno da Colônia. Comporta dez casas, que acomodam cerca de 80 moradores que saíram dos pavilhões da Colônia Juliano Moreira.

Quando paramos no portão da Vila, ornamentado com mosaicos, o sol saiu, iluminando o amplo gramado ao redor do qual se espalham as casinhas com varandas coloridas. Cada casa com uma identidade própria – cadeiras na varanda, vasos de flores, quadrinhos. Cada casa com suas escolhas, histórias, alegrias e tristezas.

Na casa mais distante, a cachorrinha Pepe late sem parar, demarcando seu território sob o olhar carinhoso da moradora. É possível ter bichos de estimação na Vila. E por que não?! Estamos entrando no território do cuidado, do acolhimento. São moradores que podem fazer também esta escolha: cuidar de um bichinho. Um bichinho de estimação. Estima, afeto, amores, palavras muito bem-vindas por aqui. Quase hora do almoço na casa, mas ainda tem gente descascando o alho para temperar o feijão.

Maria Alice descansa na sala, observando, entre um cochilo e outro, os companheiros que cozinham. Ela tem 99 anos, 81 vividos na Colônia Juliano Moreira. Imaginar que Maria Alice perdeu o contato com o mundo aqui fora em 1935... Mas hoje ela está ali, com seu traje de passeio, depois da visita ao banco para buscar seu benefício. Por isso o chapéu cheio de estilo e também o cansaço, essa preguiça que só permite um sorriso, um cumprimento educado.

Aqueles 81 anos, a história toda que ficou para trás já não tem sentido. Maria Alice pode, entretanto, estar aqui, neste presente, onde a vida acontece.

A gata Mimi acorda com o movimento e espreguiça ao sol. Na televisão da sala, um político anuncia seus planos para a cidade e para o país; de cima da geladeira, dois abacaxis maduros espalham um perfume intenso pela casa, anunciando quase um verão; as visitas provocam um burburinho de curiosidade e gentilezas. E hoje tem festa na vila e já se veem as bolas de gás lá na varanda da casa de Paulinho, o aniversariante.

**Acorda, Maria Alice, que isto até parece dia de domingo.**

## *Cheio de harmonia*

As portas duplas da sala estão abertas, trazendo à varanda a luz do sol para dentro da casa. Enquanto Maria Alice descansa na sua poltrona, Alexandre vem cumprimentar as visitas. Cordial, educado e muito curioso. Tem 37 anos e uma longa experiência de vida nas ruas da cidade e como interno em diversas instituições. Estava na Juliano Moreira quando iniciou o processo de desinstitucionalização para vir para a Vila Stela do Patrocínio.

Com seu jeito calmo, Alexandre vai revelando seus muitos interesses e projetos. Quer ir à praia de Copacabana e vem identificando as rotas e possibilidades .

### **A história do nome**

Stela do Patrocínio viveu 30 dos seus 57 anos internada na colônia psiquiátrica. Nasceu em 1941, foi internada 21 anos depois e morreu em 1997, sem jamais ter saído do manicômio.

Na década de 80, a artista plástica Nelly Gutmacher montou um ateliê na Colônia Psiquiátrica Juliano Moreira e conheceu Stela e sua fala peculiar, poética. Gravadas em fitas cassetes, estas falas foram transcritas, organizadas e reunidas no livro "Reino dos bichos e dos animais é o meu nome". Em 2002, o livro organizado pela escritora Viviane Mosé foi finalista do Prêmio Jabuti e, em 2005, encenado como ópera pelo compositor Lincoln Antonio.

Stela do Patrocínio pensava e falava em poesia. Hoje, dá nome a um condomínio também cheio de poesia e harmonia.

Lá está o registro para uma das últimas namoradas: “Procurei o meu pedaço e encontrei. Acho que você tem razão por elogiar, dizendo que sou bonito, lindo e cheio de harmonia.” Onde Alexandre poderia encontrar um jeito mais bonito de ver a si mesmo?

Ele já engatou um novo romance, desta vez com uma vizinha da Vila. Mas tem suas queixas: a namorada é muito ciumenta, está sempre reclamando do seu jeito de conversar com as moças. E frente à ponderação de que ele, segundo a sua própria narrativa, é mesmo muito namorador, o rapaz ri com prazer, encantado. E pergunta: “Fazer o quê?”.

Lá fora, no meio do gramado sob o sol, um morador encontra um dos profissionais das casas e se lança num abraço alegre. Pepe continua a latir excitada com o movimento, e Alexandre convida as visitas para dar uma volta, conhecer a Vila. Hoje, o dia está cheio – chegou visita, tem que terminar o almoço, ainda tem a festa de Paulinho, namoro de tarde e tantas outras coisas pra fazer...



### ***Mais um direito: o trabalho***

Mais à frente, perto do Museu Bispo do Rosário, fica a cantina do Instituto Juliano Moreira, que é gerida pelos usuários da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), da Zona Oeste. A cantina, guardada sob a sombra das árvores, é bem movimentada, até porque não há muitas opções próximas às instalações administrativas do Instituto. Então, o trabalho pode ser bem intenso.

Os usuários formam uma cooperativa social, que está inscrita no eixo de Estratégias de Reabilitação Social, por meio das Cooperativas Sociais, dos Empreendimentos Solitários e outras alternativas de geração de renda.

Ricardo é um dos cooperativados e faz de tudo na cantina. Pesa, ajuda na cozinha e cuida da limpeza. Só falta cozinhar. Talvez chegue lá, porque, para ele, o trabalho é fundamental.

É certo que, mais do que garantir aumento da renda, o trabalho é um instrumento de reabilitação e de reinserção, na medida em que gera vínculos, ampliando o universo de participação social. É o caso de Ricardo. Mas, na mesma medida em que os Serviços Residenciais Terapêuticos propõem a inserção

dos loucos na cidade, é possível questionar os estigmas que os definem como incapazes de trabalhar. Muitas pessoas com transtornos querem e podem trabalhar, ainda que não sustentem integralmente as regras rígidas do mundo do trabalho que, aliás, são difíceis para todos.

Mas o trabalho é um direito, e o mundo do trabalho pode evoluir também. Podem-se criar novas regras para as tarefas das pessoas com deficiência, para o ofício de pais e mães de recém-nascidos, para o trabalho dos loucos. Quem não consegue suportar 40 horas semanais, quem não consegue conviver com barulho demais, quem tem que amamentar. O trabalho assistido, que provê apoio para pessoas com transtorno mental tem mantido muita gente empregada.

**Vale lembrar que as parcerias com o mundo empresarial são as portas para a inserção desses trabalhadores.**

Ricardo sustenta bem o ambiente agitado da cantina. O trabalho é o eixo na organização da sua vida. Trabalha desde a adolescência e sabe que a ocupação silencia a angústia, aplaca a ansiedade. Mil vezes sair para trabalhar do que ficar em casa à toa, entregue aos pensamentos...



## *Na hora certa*

O Serviço Residencial Terapêutico pode ter em Ricardo um belo exemplo – um “*caso de sucesso*”.

Ele é uma figura linda. Falante, bem arrumado e cheiroso, com um sorriso branco que emociona. Abre a conversa com uma declaração espontânea: “Essa RT é uma mãe pra mim!”, e a justificativa vem a seguir. Desde que foi morar na Residência, Ricardo nunca mais teve uma crise, ou foi internado. Nem precisou de SOS! Não é pouca coisa não.

Em contrapartida, a menção à mãe de verdade vem coberta de mágoa, com a lembrança de maus tratos na infância e das inúmeras internações que se seguiram ao primeiro surto. Mas ele parece apaziguado com sua história, que conta de maneira muito tranquila, com uma visão crítica do que aconteceu e até um pouco de humor.

Faz questão de mencionar a relação difícil com a mãe e o padrasto, que acabou expulsando-o de casa, desconfiado da opção sexual de Ricardo. Foi então morar com uma vizinha. Vida difícil, muita mágoa, mas tinha o trabalho no BarraShopping e pagava pela moradia e comida. Ia tocando a vida.

No entanto, houve alguma coisa ali, no meio do caminho, que lhe escapou. Estava tudo bem, vida normal, trabalho. Mas, talvez devido à admiração demasiada pelo seu ídolo, Ricardo começou a ruminar algumas ideias excêntricas, que foram amadurecendo, fazendo cada vez mais sentido. E certo dia, ele acordou com uma certeza ab-so-lu-ta: era pai de Sacha, a filha da Xuxa. E lá se revelou com clareza o grande enredo de conspirações em que foi envolvido, com roubo de esperma, chip implantado no dente e por aí vai. “Ninguém tirava aquilo da minha cabeça”, admite.

A partir daí vieram as internações e todos os horrores que seguem quem cai “em desgraça” para familiares que não querem viver com o louco. Mas Ricardo, ao contrário de tantos personagens dos hospitais psiquiátricos, teve sorte. A Reforma Psiquiátrica ia avançando na Cidade do Rio de Janeiro e a História chegou bem a tempo de lhe poupar danos maiores e permanentes. Ricardo adoeceu quando a cidade já trabalhava para fechar leitos nos hospitais psiquiátricos, criar uma rede substitutiva e garantir convivência social.

Sair do manicômio e ir viver na Residência Terapêutica definiu o seu destino – casa, trabalho, amores, vida normal, que segue. Tem seus companheiros que dividem com ele a gestão da casa, onde já está há mais de uma década. Vai às compras, planeja os cardápios, conversa com os amigos sobre sair para a balada. Mas tem seus receios e se preserva.



***Quando está nervoso, angustiado, Ricardo recorre à terapia da água. Corre para o banheiro, toma um super banho, deixa a água levar todos os pensamentos ruins. Se precisar, toma outro. Banho quente, gostoso, na hora que ele quer, quando acha que precisa. A terapia da alma lavada, na sua casa. Tudo a seu tempo.***



# *Começar de novo*

*“A vida é ingrata no macio de si;  
mas transtraz a esperança mesmo do meio  
do fel do desespero.  
Ao que, este mundo é muito misturado...”*

*Guimarães Rosa, Grande Sertão, Veredas*





O muro é bem alto, escondendo a casa, mas o portão largo permite uma boa visão da rua e, do lado de fora, na calçada, com as cadeiras lado a lado no sol da manhã, Reginaldo, Luana e Fabiana conversam animados, aproveitando a tranquilidade da rua residencial. Talvez discutam seus desejos. Luana insiste em arranjar uma tintura para pintar os cabelos - que são muito negros - iguais ao da visita, que é loira; Reginaldo adora óculos e positivamente planeja comprar mais um; Fabiana só quer saber do seu pagamento porque quer ir ao shopping para gastar. E tem ainda todos os planos para o churrasco da próxima semana.

Esta Residência Terapêutica, em Realengo, foi implantada recentemente. O grupo, que também conta com Michele e Gilson, veio de outra casa, em outra rua do bairro, onde ficaram por dois anos. Lá já estavam muito bem entrosados com a vizinhança, comerciantes e instituições da região, com laços bem estruturados, mas tiveram que deixar a casa e os moradores ainda estão um pouco ressentidos com a mudança, reclamando vez ou outra porque "lá era muito melhor".

O movimento de aclimação começou bem, já com festa de comemoração de um mês na casa nova. Os moradores fizeram uma "vaquinha" para promover um churrasco no amplo quintal da frente, com churrasqueiro contratado, vários amigos convidados e muita animação. Basta tempo ao tempo.

Essa é uma RT de alta complexidade, com moradores que possuem transtornos graves, como Reginaldo, que tem dificuldades para se comunicar e mesmo Luana, que parece tão calma, mas tem sofrido com várias crises. No entanto, a alegria serena com que todos recebem os visitantes denota mais harmonia do que problemas.

Michele oferece café e convida para conhecer a casa. Quer mostrar o quarto que divide com Luana. Tudo limpo, organizado, bichinhos de pelúcia na cama; uma Bíblia. Predomina a cor rosa, como nos quartos de adolescentes que colecionam segredos e fotos. Mas aqui poucos segredos são confessados. Luana é quieta, calada e o máximo de intimidade que consegue criar é o agradecimento por qualquer favor com um "Eu te amo, Michele". E a companheira de quarto se emociona.

Com o cabelo bem arrumado em trancinhas, unhas pintadas e decoradas com detalhes dourados, Michele convida para um passeio ao shopping ali pertinho, onde será possível conversar sem interferências.

Aos 32 anos, Michele tem a oportunidade de começar tudo de novo. Apesar de cadeirante, ela é uma das moradoras mais ativas da casa em Realengo, e mais ainda na casa anterior, onde a mobilidade era mais fácil. A nova moradia vai precisar passar por pequenas reformas para se tornar mais acessível para Michele. Além de contribuir muito na organização da vida doméstica, cumprindo aquelas tarefas que podem ser feitas na cadeira de rodas, Michele estuda, frequenta a igreja evangélica, faz curso de informática. E "se cuida muito direitinho". O cuidado pessoal é um ponto importante para ela, uma questão fundamental, que afirma e reafirma - talvez desmentindo outras opiniões.

Michele é simpática, carinhosa, cheia de delicadezas. Tem uma facilidade especial de fazer amigos. E o sorriso largo ameniza uma história pesada para tão pouco tempo de vida.





## *Mas é preciso viver*

“O Samu me pegou porque eu estava jogada na rua. Tava deitada assim, tipo abandonada mesmo” – conta. Com datas e acontecimentos meio misturados, a moça constrói a narrativa da sua trajetória até aqui. Engancha em alguns episódios, reais ou não. Retoma a fluidez em outros eventos que ela lembra, ou narra, como mais divertidos.

Michele teve a sua primeira internação numa enfermaria do Instituto Municipal Juliano Moreira. Estava na rua, fugida da casa da prima, com quem andava brigando muito. Pode ser que a fuga tenha acontecido quando ela descobriu que era adotada. Pode ser... Mas Michele argumenta que ela, de fato, gostava da vida na rua, da liberdade, das conversas com os amigos que fez: “Ficava me enturmando com a galera de rua. Era bom”.

E também achava “legal” o manicômio. Gostava da comida, fez muitos amigos, conversava bastante. Mas não escolhia nada não. Todo mundo acordava no mesmo horário todos os dias, tinha que tomar café, com fome ou não, e “fazer as coisas que tinha que fazer”. E as primeiras internações não ajudaram em nada.

Depois de um longo período no manicômio, Michele voltou para casa. E a família que restava tentou, como pôde, dar conta das dificuldades de relacionamento e dos problemas de Michele. Mas não deu certo. Ela sabe: “As minhas vozes estavam me apertando muito, sobre o meu problema que eu fiz de errado, do que eu errei... Diziam que eu beije o marido e o filho da minha prima. E eu fiquei com medo. E eu tava querendo morrer de qualquer jeito...”



E acreditava que tinha se envolvido mesmo com o marido da prima, e que foi bom, mas foi errado. E as vozes “apertando” mais e mais e mais um pouco. Por tudo isso, Michele acabou “sofrendo o acidente”. Jogou-se de um viaduto em Bangu, em outro período zanzando na rua. Ficou em coma, internada no Hospital Salgado Filho por muito tempo, sofrendo várias intervenções cirúrgicas para amenizar os enormes estragos no corpo. Ela saiu com vida, mas ficou parálitica. E as vozes tampouco se calaram.

### **Michele nunca mais voltou para a casa da família.**



Foi transferida do Salgado Filho para uma clínica médica. Quando sarou das doenças do corpo, começou a fazer o tratamento psiquiátrico no CAPS, já num processo de desinstitucionalização.

E então, depois de “dar a vida por vivida”, Michele encontrou seu lugar numa Residência Terapêutica. Na casa ela retoma, passo a passo, esta tarefa de viver que ela mesma considera uma segunda chance. E é fácil ver que Michele está comprometida, participando no projeto de manter a casa funcionando bem para todos. Está sempre envolvida nas tarefas domésticas, fica preocupada com os companheiros como, por exemplo, com as crises de Luana; se compromete com atividades externas.

Numa instituição próxima à RT, estava fazendo curso de informática com outras companheiras da casa. O curso foi interrompido para reformas no prédio, mas assim que voltarem as atividades ela volta também. Está na quarta série e se empenha em ler e escrever bem. A sua condição de cadeirante dificulta muito as possibilidades de locomoção, mas a moça, como é do ser humano, aposta no imponderável e tece seus sonhos, como conhecer os pais verdadeiros, ter uma família evangélica, fazer amigos, arranjar um namorado. Os possíveis e os impossíveis são todos projetos para a vida.

Michele sorri fascinada mirando a tela com tantas opções de almoço, no restaurante do shopping. Tem dinheiro suficiente para escolher qualquer prato, o que quiser, pois seu orçamento mensal está sob controle. Está tudo contabilizado, para sua ciência, lá no livro caixa. Sem problemas.

De frente para o mundo, ela fica ali matutando: "eu posso escolher?!". Difícil é decidir o quê entre tantas maravilhas. Mas ali, com o imenso cardápio, a decisão nem demora tanto assim e Michele acaba optando pelo o que mais ou menos já conhece: frango, batata frita, arroz...



***A moça na cadeira de rodas, que já se jogou do viaduto e quase morreu; que já viveu tempos sombrios em enfermarias manicomiais e que tanto se sentiu mal dentro do seu corpo, pode sim escolher o que quer comer; que programa quer ver na TV e a cor do vestido para a festa na casa. Pode também contar como gosta de tomar banho sozinha, com sabonete bem cheiroso, com toda autonomia, apesar da paralisia.***

Depois do banho perfumado, se recolhe para ler sua bíblia ou seus livros, que é o que mais gosta de fazer em casa. Palavras de Michele, que experimenta, talvez pela primeira vez na vida, a liberdade de ser o que é. Não importa que volume alcance as suas vozes, na casa tem lugar para todos.



# A receita que deu certo

*O perfume dos biscoitos  
assando se espalhou na  
cozinha e animou o cozinheiro  
que convocou as visitas:  
“vem ver que cheiro gostoso!”.*

## ***Biscoito do Márcio***

*4 colheres de sopa de farinha de trigo  
4 colheres de sopa de farinha de trigo integral  
1 xícara de açúcar  
2 colheres de sopa de manteiga ou margarina*

Misturar todos os ingredientes com as mãos, incorporando bem a manteiga. “Calma, calma que dá um trabalhinho. Sovar por alguns minutos, até a massa estar homogênea. Será que já tá bom? Mais um pouco só...”

Modelar os biscoitos com as mãos ou utilizar forminhas. Pode ser de pombinha, que fica muito, muito legal.

Colocar para assar e retirar do forno quando o fundo dos biscoitos estiver bem douradinho. Pronto. Simples assim.

É bom demais.



A receita que deu certo aqui foi o movimento de Márcio, morador da Residência Terapêutica de Higienópolis, que resolveu fazer os biscoitos em casa e receber convidados para lanche. Desde o início da tarde, Márcio está atento para a chegada das visitas e as recebe no portão da casa antiga que divide com outros quatro moradores, todos ex-pacientes de manicômios com histórico de longas internações.

Na sala, Dona Ana faz a sesta em frente à TV; na cozinha, Seu Sergio termina o almoço, devorando as últimas coxinhas de galinha assadas, antes de se arrumar para ir para a academia no bairro, onde faz caminhadas na esteira, musculação e aproveita para flertar com as moças bonitas. Por enquanto, terminando a refeição, ele observa os preparativos para a produção dos biscoitos.

Márcio tem tudo planejado. Sabe a sua receita de cor e tem toda a calma do mundo. É um sujeito pacato, de fala mansa. Educado e muito cavalheiro.

Fez o curso de Alimentação Saudável, oferecido pelo CIEDS, no Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) Rinaldo Delamare, em São Conrado.

A receita produzida no curso foi de biscoito integral. Uma receita fácil que deixou Márcio encantado – pelo sabor e por ser mais saudável, já que é feito com farinha de trigo integral.

**Ele participou da produção do biscoito na aula e gostou muito da novidade.**

Não parou de pensar em como é importante uma alimentação mais saudável. Passou a receita para os amigos e, por fim, resolveu fazer os biscoitos em casa para oferecer às visitas com um café quentinho. Definiu os ingredientes de que precisava, planejou tudo certinho e colocou as mãos na massa, literalmente.



## ***Autonomia passo a passo***

Márcio é frequentador assíduo das atividades do CAPS João Ferreira, no Complexo do Alemão. Vai ao CAPS quase todos os dias, de ônibus. Participa do Grupo Vozes, um espaço de terapia coletiva e faz Oficina de Música.

No primeiro encontro no CAPS, ele fala da importância de participar do Grupo Vozes e a possibilidade de conversar sobre as coisas que acontecem no dia a dia, como seus problemas, e de poder trocar e ouvir os companheiros. Na Oficina de Música, tem o seu pandeiro, o instrumento preferido. Na sala da Oficina, ele pega o instrumento e começa a batucar, meio sem ritmo. Mas ele gosta de alguma música. Um compositor? A resposta vem com a canção de Chico Buarque, Homenagem ao Malandro, que Márcio entoava compenetrado, com a letra na ponta da língua.

A autonomia é um valor pra ele. Vai ao CAPS sempre sozinho, não precisa e nem quer a companhia de cuidadores. Gosta da liberdade e só uma coisa o preocupa: quer muito voltar a trabalhar.



Ele já viveu a experiência do trabalho assistido no Supermercado Prezunic, onde ficou por cinco anos. Trabalhando dois dias por semana, duas horas por dia, Márcio assumiu diversas tarefas no mercado, como arrumar prateleiras ou empacotar as compras. Mas mesmo com todo o apoio das equipes do projeto e da Residência, não conseguiu suportar a tensão, porque as vozes e alucinações que o atormentavam ficaram muito intensas e ele precisou desistir. Mas lamenta muito ter perdido o trabalho. Gostava daquela rotina, de cuidar do uniforme, do compromisso de sair para trabalhar e principalmente de ter com o que se ocupar.

***O olhar vai bem longe, talvez mirando a oportunidade de trabalhar. “E por que não fazer biscoitos para vender? Será? É possível?” – Márcio sorri, enlevado com essa nova possibilidade.***

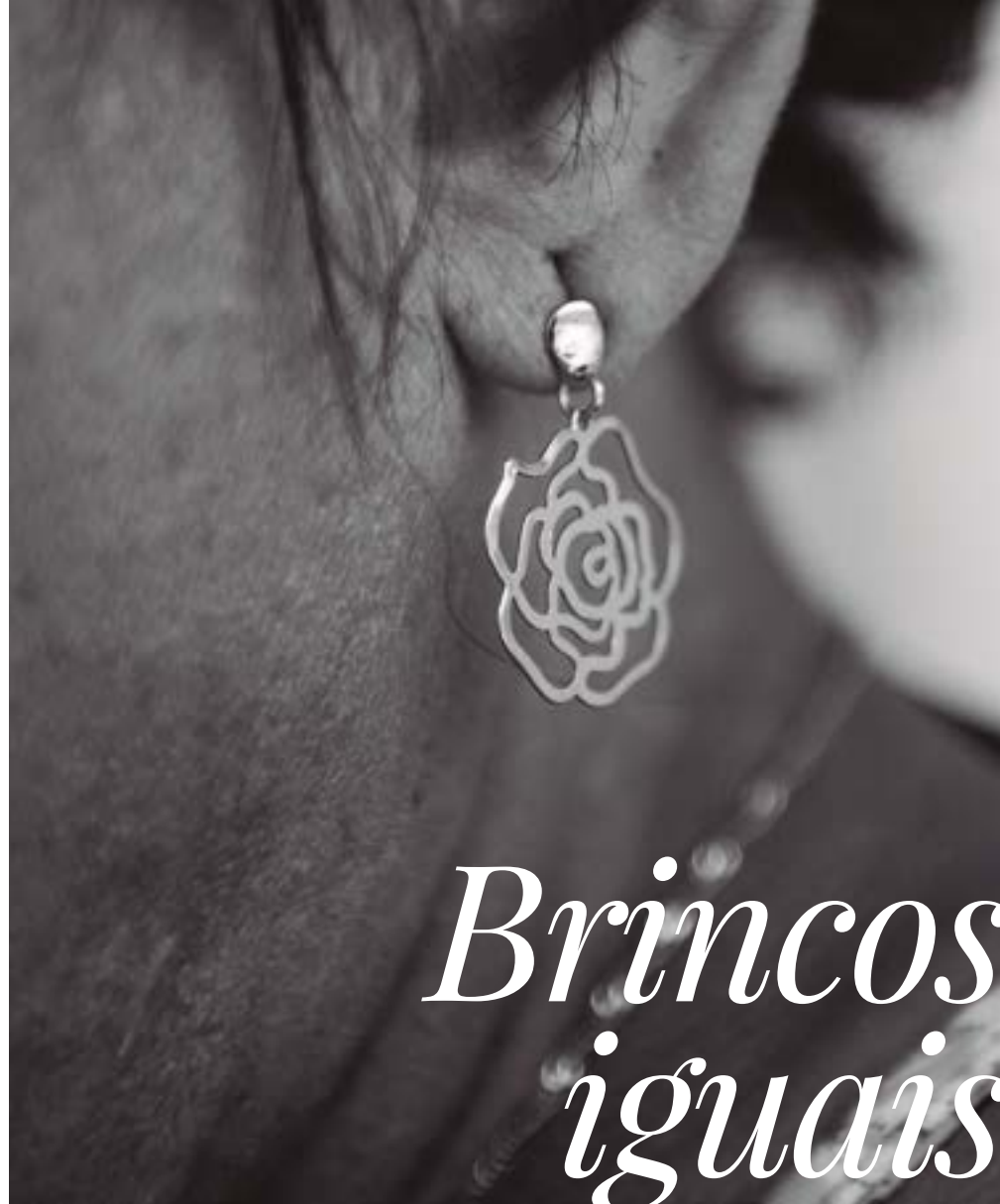
O encanto do perfume do biscoito naquela cozinha iluminada está no movimento que Márcio fez para criar aquele momento. Depois de viver muito tempo como interno no Instituto Municipal Nise da Silveira e nas moradias dentro do manicômio, numa fase intermediária da desinstitucionalização, ele vem reconstruindo a vida na Residência Terapêutica.

Depois de uma tarde de conversa sobre as atividades no CAPS e sobre a Oficina de Alimentação Saudável, na hora da despedida ele tomou a decisão: “Olha, convido vocês para lanchar lá em casa. Eu vou fazer o biscoito para vocês provarem”.

Entre as solitárias viagens de ônibus que faz para cumprir seus compromissos e atividades, as Oficinas de Música no CAPS, a travessia até outro lado da cidade para aprender uma receita, Márcio estrutura uma nova vida. Com sua delicadeza peculiar toca de leve, mas com coragem, as pequenas e grandes experiências do viver – cantar, misturar a massa e, como um alquimista, criar um alimento; trabalhar, sorrir satisfeito ao entrar na brincadeira de ser fotografado, ou batucar no seu pandeirinho uma bela canção do Chico.

A porta aberta da sua casa permite esse fluxo – o ir e vir, entrar e sair – que é viver. Permite fazer novos amigos, convidar para um lanche e decidir o que oferecer. Escolhas que vão redefinindo aquela casa, seus moradores e todos os que chegam para ver, conhecer essa experiência.

**Deixa lá no forno, Márcio, esse bolo da vida que só vai crescer.**



## *Brincos iguais*

*As unhas pintadas de vermelhão, cabelos arrumados, algum batom e uma tatuagem no colo. Uma presença e tanto – uma mulher alta, larga, farta. Intensa. Jeanne, 51 anos, cerca de 30 deles vividos em manicômios, num sem fim de fugas, altas e novas internações. Há dois, Jeanne mora na casa amarela, em Santa Cruz.*



*ao colar...*





Teve usuário que desistiu de ir para a casa ampla e arejada por causa de Jeanne. Ou do seu personagem. O figurino que ela inventou e carregou por anos tinha um impacto muito negativo sobre possíveis companheiros de moradia, sobre os futuros vizinhos e até mesmo sobre os cuidadores. Jeanne assustava. “Eu tinha medo dela mesmo!”, confessa uma das cuidadoras que chegou a pensar em desistir do trabalho.

O batom ultrapassava os lábios, colorindo até as bochechas; olhos escurecidos por uma aplicação mais que generosa de lápis preto. Peruca presa por um elástico, atravessando a frente; brincos; mais uma infinidade de pulseiras e anéis e colares, e todos os adereços disponíveis; dois, três, quatro vestidos ao mesmo tempo; a bolsa sempre no ombro, cheia de coisas, de tudo que podia guardar e carregar, para garantir que, no hospício, ninguém roubaria.

Jeanne era mesmo muito difícil. Nos períodos em que ia para a casa da mãe, desorganizava completamente a vida da família – mãe e cinco irmãos. Numa das fugas de casa, sumiu por seis meses. Depois de um calvário de buscas que durou seis meses, muito sofrimento para a família e para ela própria, passando por uma internação lá em Paracambi, Jeanne voltou. Mas do mesmo jeito ou pior.

Décadas nessa montanha russa. Desde que começou o processo de desinstitucionalização, com o fechamento dos piores hospícios, foi transferida de instituição em instituição até a sua última internação, de seis anos, no Instituto Municipal Nise da Silveira. Lá, mergulhou na rotina de isolamento, muita desorganização mental e agressividade. “Transtorno muito grave; im-pos-sí-vel; não tem jeito não”, diziam os profissionais do Nise para Adriana, a Coordenadora do segmento de Residência de Terapêutica que começou a acompanhar Jeanne.

Mas o fato é que Jeanne está na Residência Terapêutica há dois anos e alguns meses. E, de verdade, é outra pessoa. Ainda tem seus altos e baixos – e quem não tem?! Vale dizer que os brincos dourados, delicados, fazem conjunto com o cordão. Um único anel, de pedra vermelha. Macacão curto, estampado. O cabelo está cortado bem curtinho. Talvez ela nem saiba, mas está na moda.

### *O que aconteceu foi que Jeanne virou gente*

Dona Joana chama a filha de Naninha, a caçula dos seis filhos. É também uma mulher grande, forte, com olhos verdes brilhantes e cheia de vida. Não tem problema em dizer que foi contra a saída de Jeanne do Nise da Silveira e em afirmar que não tem a menor condição de ficar com a filha. “Você não pode nem imaginar o que a Jeanne aprontava!”. Por isso, relutou muito em apoiar a desinstitucionalização da filha. E não à toa. Mas ela entendeu que Jeanne tinha o direito de sair do hospício. Quem lhe apontou isso foi Adriana, que teve, segundo Dona Joana, um papel fundamental no processo todo, justamente por garantir “com tanta certeza” que a vida da filha iria mudar. Dona Joana, com anos e anos de experiência no enfrentamento de todas as desorganizações e confusões que o transtorno mental de Jeanne trazia, resistia à proposta e avisava: “Se eu fosse você, não levava a Jeanne. Você não sabe o que você vai arrumar. Eu estou te avisando!”. Mas autorizou a mudança.

Adriana, por sua vez, achou que Dona Joana estava exagerando. Porém, quando Jeanne foi para a RT, entendeu que a senhora estava certa, sabia bem do que estava falando. A verdade é que o processo de adaptação na casa foi difícil à beça. Quase toda semana o SAMU era chamado para levar Jeanne de volta ao hospital. Quebra-quebra, agressões aos outros moradores ou aos cuidadores; crises sem fim, sem falar na relação muito complicada com o próprio corpo e sexualidade. Jeanne, na verdade, reagia intensamente ao chamado que a vida na casa fazia. Como tantos outros, ela se habituara ao abandono do manicômio; estava acostumada a estar ausente, alienada da própria vida, e ser convocada a viver doía.

Reaprender a viver fora do hospício, na casa, no bairro, na cidade é uma experiência intensa. Hábitos adquiridos durante 28 anos de internação são difíceis de esquecer – deitar no chão ou em qualquer lugar, sair nua do banheiro, ir nua para a rua, liberar a raiva... As alucinações, os delírios típicos do transtorno foram exacerbados. E Jeanne queria voltar para o hospício, o inferno que ela já conhecia bem.



A equipe apostava, no entanto, que ela conviveria melhor com o transtorno mental num ambiente acolhedor, cuidadoso. Uma cidadã com um transtorno mental grave, mas uma cidadã – uma pessoa com um lugar na sociedade. A decisão da equipe foi suspender o SAMU e as internações e apostar definitivamente na vivência na RT. Tiveram que atravessar o caos com Jeanne.

Mas o processo nem foi tão longo assim. Em dois anos, passados os primeiros meses de muita dificuldade, a mulher mudou, na avaliação da mãe, 99%.

“A equipe do programa acreditou mesmo na recuperação da minha filha. Foi muito cuidado, muito carinho. E o que aconteceu foi que a Jeanne virou gente! Agora a gente conversa... Temos um diálogo de verdade. Ela vai me visitar, até escuta conselhos!”. E pensar que ela nem sequer conversava. Catava lixo, se entregava às suas loucuras, se esmerava na criação da figura assustadoramente maquiada, saía nua pelo mundo, se abandonava em qualquer lugar. E sempre em busca de uma rota de fuga.

Então, de onde saiu esta moça que recebe a visita com carinho, atenção e com muita calma e concentração encadeia uma série de perguntas, como que para

se situar: “Onde você mora? É casada? Tem filhos? É pobre ou rica? Conhece minha mãe?” – balança a cabeça, aquiescendo, compreendendo. Onde estava esta pessoa que, apesar do transtorno e de um histórico de muita desorganização, consegue conviver em paz com seus companheiros, controlar impulsos, conversar?

### ***“O fato é que o hospício não melhora ninguém”.***

Adriana afirma que esta pessoa sempre esteve lá, mas que o hospício não lhe deu oportunidade. Quem escondeu Jeanne foi o hospício. Ela é mais uma prova da potência do Programa de Residências Terapêuticas.

“Eu acredito no potencial do trabalho da Residência Terapêutica. Acredito neste trabalho. Tirar do hospício e colocar na RT é o que faz a pessoa melhorar. A Residência devolve para o sujeito o que lhe foi tirado pelo hospício. Devolve a vida.” Contudo, devolver a vida requer muito esforço e o trabalho minucioso de reaprender a ser sujeito da própria existência. “Coisas tão simples, como sentar à mesa, comer com garfo e faca, depois de passar vinte anos comendo no bandejão é muito difícil. E a RT demanda esta volta à vida com suas dinâmicas e movimentos. Devolve ou apresenta a vida, porque tem muita gente que foi institucionalizada ainda criança”, lembra.

Ela viveu a história recente do atendimento psiquiátrico no Rio de Janeiro. Desde o hospício, passando pelas propostas de desinstitucionalização e fechamento de instituições, a criação dos substitutivos. E é categórica: “Eu vi como era e vi os resultados. Quando você coloca o sujeito numa residência terapêutica, ele melhora. Não tem como! Ele melhora!”

Adriana começou o trabalho com Jeanne ainda no Nise da Silveira, onde ouviu histórias “pavorosas”. Mas cumpriram juntas todo o processo – as conversas com a equipe do manicômio, o início do tratamento no CAPS de Santa Cruz, as primeiras visitas à casa. A maior de todas as aventuras era a viagem de trem desde o Engenho de Dentro, onde está o Nise da Silveira, até Santa Cruz. Jeanne e seu figurino bizarro se tornavam um “evento” no trem.

O brechó do CAPS foi um dos elementos que ganhou Jeanne. Ela adora roupa, bolsa, sapatos, bijuteria. Acabou conseguindo um trabalho no brechó. E quando vai ao CAPS tem que cumprir uma carga horária na organização das peças, no atendimento ao público. Ela gosta de arrumar e compra muito mais do que vende, acumulando ainda roupas e bolsas, mas que agora usa com alguma lógica – um vestido, uma bolsa, uma blusa de cada vez. Cabe registrar, no entanto, que Jeanne é realmente uma trabalhadora incansável. Na RT, é uma das maiores colaboradoras da cuidadora, que lá no começo desta história a temia. Mas Jeanne pode escolher outros caminhos - assumiu a tarefa de varrer o amplo quintal, cheio de canteiros de flores, assombreado por uma mangueira imensa. Gosta de lavar louça e estender no varal a roupa cheirosa, recém-lavada.

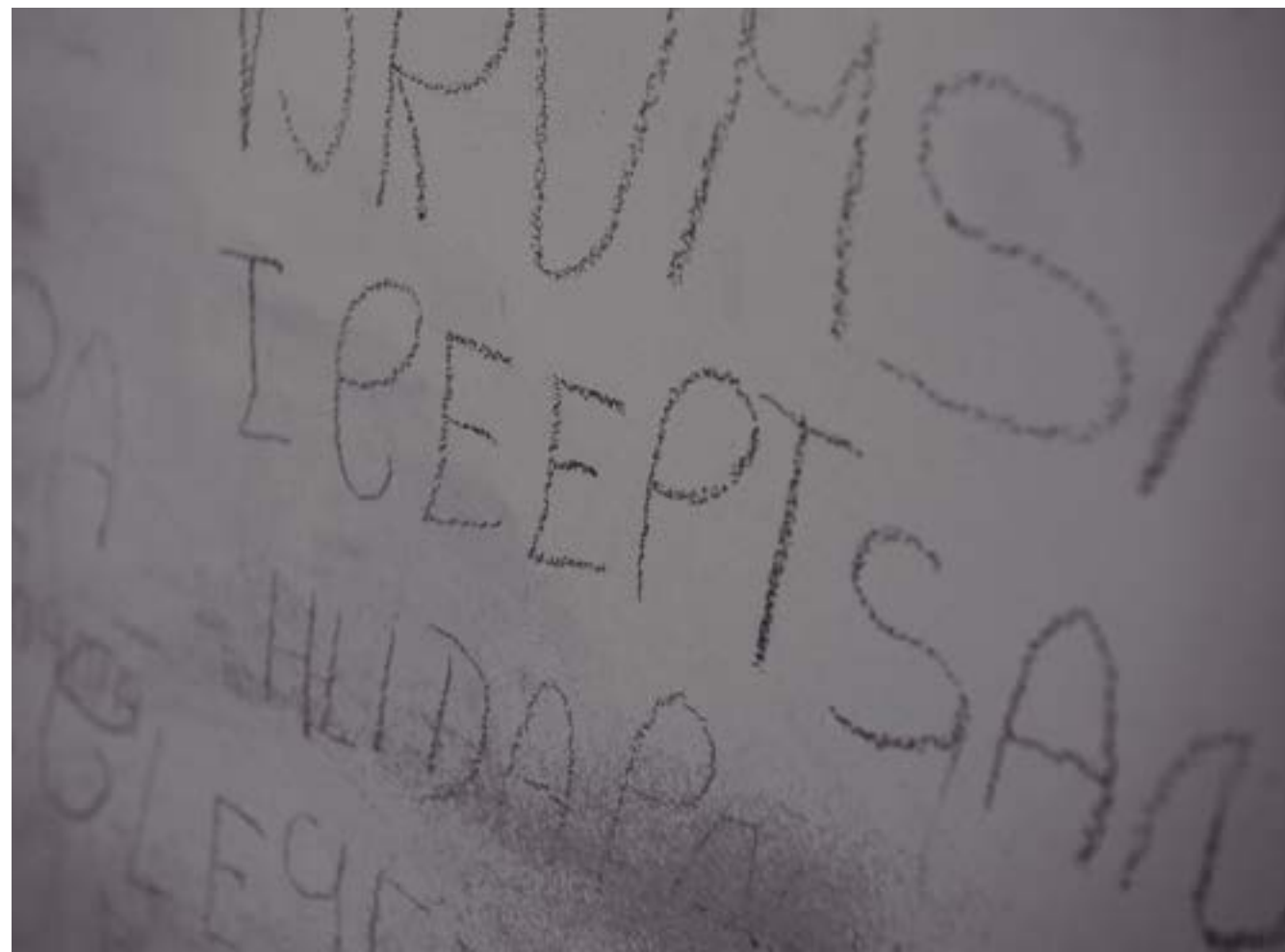
No hospício catava lixo, remexendo a sujeira. Na casa, usa a sua energia na limpeza e na organização.

***De lá do Nise, Jeanne trouxe alguns hábitos que foram reciclados, renovados e que valem a pena serem mantidos. Um deles é escrever livremente, uma prática que foi estimulada num projeto do Núcleo de Cultura, Ciência e Saúde do Instituto, onde os internos podiam escolher formas de expressar emoções, angústias, desejos.***

Na parede do seu quarto, ao lado da cama, Jeanne escreveu o nome da mãe, que aparece em todos os grafites que faz; o nome de um antigo namorado e do médico do Nise. Conta, a seu modo, a história de cada um e seu papel na sua vida. O namorado, de quem ficou grávida; o médico do Nise que é seu amigo; a mãe, sua referência. No emaranhado do seu transtorno, ela vai encontrando um caminho que lhe permite usufruir a vida, com estratégias de arrumação interior. Oferece também seus escritos para as visitas levarem – “quer uma carta?”. Claro. Mais uma vez anota nomes, acrescenta na lista a antiga companheira de quarto, que morreu há pouco, e desenha, numa fantasia do que seriam letras e palavras, a mensagem que só ela sabe qual é. Mas, de algum modo, a gente também pode ler.

Está escrito assim: “Ei, eu estou aqui. Sou eu, Jeanne. Filha de Joana, irmã de Isabel, moradora desta casa, vivendo minha vida”.

#### **Prazer em conhecer você, Jeanne!**





*Sempre  
cabe  
mais um*

*O apartamento é “um brinco”.  
Arrumado com esmero, decorado  
com flores, quadros, detalhes  
de aconchego. Tudo em ordem.  
Todo mundo em paz. Alguns dos  
moradores da casa estão aqui desde  
a sua implantação.*





Durante quase um ano, essas pessoas saíam da Casa da Gávea, o hospital psiquiátrico onde estavam internadas, e iam para o Pinel encontrar com os cuidadores para passear no bairro, retomar o convívio social, reaprender a atravessar ruas, caminhar na cidade. Quando o apartamento na Rua Moura Brito foi alugado, o grupo também ia às compras, para decorar a futura residência. No dia 19 de novembro de 2008, entraram na casa.

Hoje, vivem na Residência Terapêutica Magda, Gil, Ana Flora, Rita e Creusa. Cada um com suas histórias e manias formam uma comunidade pacífica e bem integrada à vizinhança. Aquele grupo, com o apoio de coordenadores e cuidadores, soube construir seu espaço no edifício e no bairro, ampliando pouco a pouco as fronteiras de sua inclusão. Mas não foi fácil, não.

Vizinha da Residência, moradora do prédio há 16 anos, Marcia teve, desde o início, uma relação especial com o grupo. Tanto que fez questão de falar sobre a sua experiência com a proposta do Serviço Residencial Terapêutico.

Márcia cresceu no prédio da Rua Moura Brito. Depois de um período fora, voltou a morar com a mãe há 16 anos. O edifício, para Márcia, é uma espécie de ninho, casinha segura e acolhedora para moradores muito antigos, como a mãe, que comprou o apartamento ainda na planta, e lá vive há 50 anos.

Na época em que surgiu a possibilidade de alugar o apartamento 401 para o SRT, Marcia era a síndica que zelava pela administração do condomínio e defendia com vigor e austeridade o bem-estar dos moradores dos outros oito apartamentos. Todos ocupados por proprietários. O condomínio funcionava como uma grande família, que brigava, festejava, se apoiava e se cuidava. E, por princípio, rejeitava novidades.

Que tal receber, no ninho tijucano, um grupo de pacientes psiquiátricos que experimentava uma proposta inovadora e ousada da política de saúde mental da cidade? Imagina! Onde já se viu isso?

### ***Um lugar para chamar de seu***

A resistência em alugar imóveis para o Serviço Residencial Terapêutico é uma regra. Os gestores do Programa encontram dificuldades para encontrar imóveis em todos os bairros da cidade, sem exceção. Pouca gente conhece as propostas da Reforma Psiquiátrica; e loucos e loucura são uma questão distante para quem não convive com o problema.

Os territórios onde estão instalados os grandes e históricos manicômios, como o Engenho de Dentro e Jacarepaguá, na região da Colônia Juliano Moreira, se relacionam com pacientes psiquiátricos com alguma “familiaridade”. Mas em outros bairros, a questão inexistente. Quando os profissionais chegam para apresentar a proposta da RT, as relações com os futuros vizinhos podem ficar bastante tensas. Márcia, por exemplo, começou a erguer uma muralha de resistência quando soube da possibilidade de o apartamento 401 ser alugado para o grupo.

*“Na época em que eles vieram morar aqui, eu era síndica do prédio. E eu confesso que, não sei se por desconhecimento ou preconceito, nós ficamos assustados. Este prédio são nove apartamentos, oito proprietários. Alguns há mais de 30 anos. Temos muitas pessoas idosas, agora que está começando a chegar uma nova geração. Mas a grande totalidade de quem mora aqui, está acima de 40 anos. Três com 80 e poucos anos. Todo mundo já há muito tempo. Éramos quase como uma família.*

*Este imóvel pertence à Irmandade Santa Luzia. Morou aqui o Padre Campos muitos anos, que era muito nosso amigo. E depois que o padre mudou-se, moraram apenas duas famílias aqui.*

*No início, eu cheguei a ir à Irmandade, porque a gente ficou muito preocupado. A informação foi de que o apartamento seria alugado para uma ONG para abrigar pessoas que tiveram alta de instituição psiquiátrica e que não têm família ou a família não recebe por diversos motivos. E isso nos assustou. Nós ficamos muito preocupados. Eu fui uma das que mais se assustou. E fui contra! Absolutamente contra.”*

Marcia, definitivamente, não é exceção. Na zona sul, a primeira residência terapêutica foi implantada há quatro meses, apenas. A maior dificuldade foi encontrar alguém disposto a alugar uma casa para o programa.

Elizabeth, a primeira cuidadora da RT da Moura Brito, participou de toda a história da implantação da casa e lembra bem dos conflitos sistemáticos com os outros moradores, até que as relações finalmente se assentassem.

O primeiro obstáculo era a comunicação e a compreensão do que era o programa. “Vai ser um asilo; vai ter uma movimentação enorme, um entra e sai de pacientes psiquiátricos; os casos são graves; as famílias não querem eles de volta!”. Os rumores ganhavam o prédio e espalhavam o terror. Rosana, a coordenadora, participou de diversas reuniões de condomínio para explicar o projeto, aparar arestas e acalmar os vizinhos.

## ***A responsabilidade da comunidade***

E tem mais. Para o sucesso das propostas, não bastam encontrar o imóvel e instalar a residência. É preciso que a comunidade aceite os novos moradores, se comprometa com a inclusão destas pessoas, facilitando o acesso ao que a cidade oferece, como praças, shoppings, cinema, restaurantes, etc.

Gil, de 69 anos, veio da Clínica da Gávea e está na RT desde que ela foi implantada. Construiu muitas relações no bairro, tem amigos, faz biscates e inúmeras atividades, sozinho – vai ao banco, paga as contas na loja lotérica, faz mercado, vai ao CAPS para consultas e oficinas. Pode sair, passear, criar relações afetivas – escolher amores e namoradas. Uma rotina de liberdade que é partilhada pelos outros moradores do prédio e das ruas vizinhas.

Ele é um exemplo bonito do potencial da residência. Dentro de suas pequenas confusões e delírios, ele soube construir uma rotina onde é possível “dormir muito bem”, como ele repete e repete... Não é pouco, dormir “muito bem”, em segurança e em paz, para quem já viveu os assombros do manicômio.

Gil acompanha as visitas até à portaria, as chaves do apartamento chacoalhando na mão.

*- E essas chaves, Gil? As chaves da sua casa...*

*- Ah... Daqui eu fecho a porta e a tristeza não tem mais lugar!*

Márcia e seus condôminos aprenderam a conviver com o jeito especial de Gil e de todos os outros moradores e, mais que isso, assumiram a responsabilidade de cuidar um pouco de cada um.

“Eu tenho que falar que eles são os únicos que não dão problemas no prédio. E a gente aprendeu a cuidar deles também. Presta atenção na saúde, observa se tomaram a medicação. Eu falo com o Gil para vestir o casaco, cuidar da tosse, fumar menos. Esses pequenos cuidados que a gente sempre teve com os vizinhos, tem com eles também, só com um pouco mais de atenção”, conta Márcia.

O processo de abrir espaço para uma Residência Terapêutica é muito mais complexo do que mobiliar e ocupar uma casa – requer atenção e cuidado para garantir condições mínimas de acolhimento, requer a observação de detalhes sutis da convivência possível. São elementos que, mais que a cama macia, garantem a sustentabilidade da desinstitucionalização.



Os moradores do prédio aprenderam a conviver, numa relação pacífica e acolhedora de fato. O pequeno modelo de comunidade da RT, afinal, se integrou perfeitamente ao ambiente do prédio tijuicano, com seus proprietários tão acostumados a suas rotinas, verdade e valores. Mas a fala de Márcia revela outro aspecto da relação – os antigos moradores tiveram, na verdade, uma oportunidade de ampliar sua percepção sobre a vida e suas possibilidades. Quando assumem também a responsabilidade de cuidar de seus vizinhos, ampliam o conceito de comunidade e convivência na cidade.

Coordenadores e técnicos são unânimes ao lembrar que o trabalho na Residência Terapêutica requer a reinvenção permanente de práticas e paradigmas, de relações e abordagens, de técnicas e conceitos.

É neste embalo que vizinhos, bairros e comunidade precisam seguir juntos, se reinventando também no trabalho de abrir o espaço para residências e moradores. Daí, sim, a cidade muda. E ganha. Mais afetos, mais diversidade e mais segurança. Lembra? Gentileza gera gentileza.

### ***Para bailar la bamba se necessita una poca de gracia***

Magda mora na Moura Brito há seis anos. Uma senhora de olhos azuis cristalinos, que se iluminam e sorriem quando ela volta ao passado e conta as suas aventuras de vedete, atriz, chacrete, dançarina, malabarista, cantora. Fez até fotonovela. As fotos antigas revelam uma mulher belíssima, cheia de curvas, que sorri travessa nas fotos em preto e branco, dividindo o palco com as famosas Chacretes, dançarinas da Discoteca e da Buzina do Chacrinha.

A história de Magda repete a de tantas mulheres bonitas que, nos anos 60 e 70, se arriscavam na carreira artística. Casou, separou três meses depois; saiu do Brasil, arrumou namorados, despertou paixões, ódios, ciúmes.

Os filhos, uma moça e um rapaz, foram criados pela mãe, enquanto Magda viajava e tentava a sorte como artista.

Anos e anos depois, o ex-marido começou a disputar a guarda do filho com Magda. Primeiro, inventou que pagava a ex-mulher para poder ver o menino. Depois, começou a questionar, na Justiça, a capacidade que Magda teria para sustentar os filhos – “A senhora vai dançar depois de velha?”.



Magda começou a enfrentar a sociedade machista e preconceituosa que se voltou contra ela de maneira feroz. Perdeu a guarda do filho, perdeu a pensão e depois, diriam às más línguas, perdeu a razão. Valeu o poder econômico.

Conversando com Magda, cabe perguntar por que e como esta mulher tão lúcida e articulada ficou reclusa num hospício.

O “pé no abismo” – fato que determinou a ruptura com sua vida e interditou o futuro – aconteceu há 12 anos. Magda, o ex-marido e a sua mulher viviam em conflito, desde a disputa pela guarda do filho. Magda, entretanto, mantinha, na medida do possível, a rotina de encontros com o rapaz. Mas as relações não melhoravam (pelo contrário).

Chegou o dia em que ela não foi recebida pelo filho. Apesar de tê-lo avistado na janela, a madrasta mandou lhe dizer que o rapaz não estava em casa. Magda perdeu a paciência e a compostura, já cansada de tantos abusos. E, na porta do prédio em Ipanema, gritou por seus direitos - de ver o filho, de ser respeitada, de ser ouvida.

O resultado foi que o ex-marido (registre-se que era um homem abastado, poderoso) chamou uma ambulância ou o Corpo de Bombeiros, um serviço que Magda nem conseguiu identificar, mas que cumpriu a tarefa de levá-la dali. E lá se foi Magda para o Instituto Nise da Silveira e depois para o Hospital Psiquiátrico Pedro de Alcântara. Não saíria de lá pelos cinco anos seguintes.

Na sala da residência terapêutica, com suas fotos e recortes de jornais e revistas espalhados na mesa, com suas histórias de amores, viagens e glamour, reconstruindo um tempo de aventuras, qualquer um pode perguntar o quê, verdadeiramente, manteve Magda internada – seria aquele leve piscar repetitivo? Um diagnóstico certo do psiquiatra? Ou o poder, o machismo, o preconceito?



Ela é agora uma senhora, tão bonita quanto na juventude. Quando veio para a RT, saindo do Hospital, gravou um CD e fez show, ainda vestida de vedete. A loucura de Magda pode ter sido simplesmente a ousadia de ser livre, de ousar não cumprir o papel esperado e correr atrás dos seus desejos. Quantas mulheres já foram internadas, assassinadas, excluídas quando insistiram nos seus sonhos à revelia da “moral e dos bons costumes”?

Mas Magda voltou. Na Moura Brito, ela se reorganiza, com toda a sua graça, acertando mais uma vez o passo com um valor muito caro às RTs: a liberdade.



### ***Paula Barreto***

Na Tijuca fica também a primeira Residência Terapêutica inaugurada no Município do Rio de Janeiro, na Rua Paula Barreto. Um apartamento enorme, com espaços amplos, bem iluminados. Cabe aqui, aliás, falar da qualidade das moradias, mais um atributo do SRT.

Na Paula Barreto, dividem o apartamento Luiz, Jackson, Lúcia, José e Gilmar. O quarto de Lúcia é especial, com suíte própria e banheiro cor-de-rosa. Nas jardineiras do janelão da sala, os moradores plantam flores, hortaliças, legumes.

Nesse apartamento foi vivida grande parte da história do Serviço Residencial Terapêutico – primeiros pacientes desinstitucionalizados, primeiras práticas de inclusão, de estímulo à autonomia, à liberdade e às escolhas – o lugar onde as teorias começaram a ser testadas.

Nesse sentido, o lugar foi um marco, onde o trabalho de cuidadores e acompanhantes terapêuticos começou a desconstruir, efetivamente, o manicômio na vida dos moradores e também nas práticas dos profissionais. Muitos dos cuidadores vinham de experiências em instituições fechadas e, apesar de terem vivido todos os processos de transição e desinstitucionalização, precisaram criar, no dia a dia com os moradores, os caminhos de um novo modo de viver - reconstruindo identidades, forjando novos hábitos e principalmente despindo, moradores e profissionais, dos velhos figurinos do manicômio.

Considerando a arquitetura dos manicômios, projetados para garantir a exclusão e o isolamento, as Residências Terapêuticas propõem, de imediato, uma mudança radical na vivência do espaço pelos ex-internos. Quartos, janelas, quintais. Decoração, objetos pessoais, escolhas. A residência terapêutica é um espaço de acolhimento e convivência, uma casa, e é também o lugar de onde se parte para viver a cidade. O lugar da liberdade – janelas e portas abertas.

Elizabeth, que teve a sua primeira experiência como cuidadora de pacientes com transtorno mental na Paula Barreto, lembra que foi ali que começou a apoiar efetivamente os usuários rumo à autonomia, enfrentando com determinação os antigos hábitos dos tempos de hospício. Higiene, diálogo, respeito, almoço na mesa, roupa lavada e guardada, banheiro limpo... Um mundo inteiro para rever.

Luís, o morador mais antigo, que chegou em 2000, vindo do Instituto Nise da Silveira, teimava em repetir as velhas rotinas do hospício, já que era o que sabia fazer – isolamento, bagunça extrema, falta de asseio. Com o suporte de coordenadores e acompanhantes terapêuticos, cuidadores foram testando e adaptando os métodos para buscar mudanças. Práticas foram “inventadas” ali, talvez pela primeira vez, pois a moradia e os moradores não vinham com um manual. E mais que isso, os profissionais se viram frente à necessidade de se reinventar também, abrindo mão dos velhos “expedientes” utilizados nas instituições.

Isolar, conter, punir, amarrar são verbos e ações que ficaram pra trás, esquecidos nos cantos das enfermarias dos hospícios. Agora, no dicionário da casa, consta: entender, combinar, conversar, mostrar, oferecer, ouvir, experimentar. Novos verbos e ações que precisam reger as práticas de todos – moradores, profissionais, famílias, vizinhos, comunidade e também da cidade.

### ***Mary e Jackson - De como reconstruir relações familiares***

A passagem de Jackson dos manicômios e internações para a Residência Terapêutica operou um destes “milagres” que as políticas públicas são capazes de promover. A experiência no apartamento da Paula Barreto reorganizou a sua vida e liberou a sua família para viver.

Mary, a irmã de Jackson, que o acompanha desde sempre, conta, em voz baixa, numa fala doce e emocionada, como foi importante a alternativa do SRT. Baixinho, quase como quem conta um segredo: “era um sofrimento muito grande, uma preocupação imensa, cada vez que o Jackson saía do hospital ou que ele fugia... Ele gostava de beber, não tomava os remédios, ficava agressivo; e mais tristeza ainda quando ele voltava para o hospício”.

A família é de Fortaleza, Ceará. Vieram todos os filhos para o Rio, para ajudar o pai, ajudar uns aos outros, uma família unida. Todo mundo estudioso e trabalhador. Jackson manifestou pequenas estranhezas quando era adolescente, um menino

precoce que começou a beber demais. O pai, preocupado aceitou a oferta do filho mais velho, que a esta altura estava morando em Manaus, para cuidar de Jackson.

Ninguém sabe o que detonou o processo de desorganização lá no Norte. Talvez as ameaças de um marido traído, que jurou matar Jackson. Poderia ser? O fato é que ele já voltou transtornado da Amazônia.



E começava aí, para desalento do pai e dos irmãos, um longo período de internações e altas. Jackson chegou a casar, num período mais prolongado de equilíbrio, e teve dois filhos. Sempre foi um excelente marceneiro, quase um artista, e nunca lhe faltou trabalho para sustentar a família. Mas a bebida, os transtornos, a agressividade afastaram a companheira, que foi embora. E com ela foi também o precário equilíbrio de Jackson.

Mary é quem sempre viveu de perto as desorganizações do irmão. Desde o tempo das internações repetidas, nos períodos de alta, Jackson morava com ela. E a vida, muitas vezes, se tornava um caos. O seu casamento por um fio, as reclamações constantes dos vizinhos, o pânico em relação aos surtos, às fugas e bebedeiras. Mary via a sua vida se desorganizar nos trilhos da desorganização do irmão. Mas nunca desistiu de estar junto com ele nessa trajetória.



Até que, em 2000, depois de muitas conversas e pedidos, um profissional do Instituto Pinel, onde Jackson esteve internado pela última vez, lhe falou do Serviço Residencial Terapêutico. Uma possibilidade. Foi quase “e o mar se abriu”.

Então, Mary tem um mundo de coisas para dizer sobre importância da Residência Terapêutica na vida do irmão e da sua família. Atribui ao acompanhamento técnico cuidadoso e ao ambiente saudável que se constrói na RT a melhoria do irmão no médio prazo. Com os olhos brilhando, as mãos desenhando no ar um movimento suave, Mary fala da maior tranquilidade, da ausência dos grandes picos de sofrimento, da descoberta de uma paz, enfim, possível na vida de Jackson. Mudou o que afinal? Mudou a doença, limitou-se o transtorno?

Ou mudou o olhar, o espaço e a troca? Mudou o acolhimento, a aceitação, a recepção?

***A jardineira na janela do apartamento tem temperos, flores, frutos plantados por Jackson. O sol banha o pequeno jardim e invade a sala, onde os moradores aproveitam a presença da coordenadora para fazer suas demandas. Jackson, que vai ao aniversário em outra casa, tem seu horário; o outro que quer sair para fazer compras e Luís, que pergunta sobre a próxima visita às termas, para uma “visita íntima”.***

Aquela paz possível, que aconteceu para Jackson e para Mary, é tecida nesta rotina da vida. Da vida que se pode viver com os transtornos nossos de cada dia; viver com trabalho, escolhas, tarefas e também desejos, amores e sexo. Por que, afinal, ninguém é de ferro.

**P.S.:** A única reclamação de Mary tem a ver com a questão do tempo. Para ela, o SRT deveria ter existido desde sempre, desde antes do sofrimento, desde antes das perdas. Talvez muita gente pudesse ter escapado dos rótulos, estigmas e de tanta loucura, pois não?





# *Muito mais que uma cabrocha*

*“Eu sou daqui eu não sou de marte  
Vem, cara, me repara  
Não vê, tá na cara, eu sou porta bandeira de mim  
Só não se perca ao entrar  
No meu infinito particular”*

*(Marisa Monte)*

Céu azul e calor no Rio de Janeiro. Ainda é cedo no Centro de Atendimento Psicossocial Fernando Diniz, Penha, mas já tem bastante gente circulando à espera dos profissionais ou do início de alguma oficina, curso, atividade. Mulheres montam banquinhas para vender as peças artesanais que produzem nas oficinas de artesanato e bijuteria.

Quando chegamos buscando orientação, a moça alta, bem magrinha, de camisa vermelha, oferece ajuda e informação. Solícita e muito gentil.

Mais um pouco e Elizângela chega para o encontro, marcado ali no CAPS, um lugar em que se sente segura e onde desenvolveu relações especiais de confiança e afeto. Chega com a cuidadora e chama a atenção com seu jeito expansivo, cumprimentando conhecidos, falando alto, agitada com o calor e a expectativa da entrevista. Na sequência, a moça da camisa vermelha chama por ela. Elizângela se volta e, surpresa, reconhece uma companheira de enfermagem dos tempos do Instituto Nise da Silveira. A tal moça estava, agora, morando na rua e buscava atendimento no CAPS.

Elizângela acolhe a amiga, se aproxima quase, quase para um abraço, faz perguntas, conta que está morando numa Residência e promete: "Olha, vou arranjar comida pra você! Vou conseguir um pote e vou levar comida pra você. E bolo, bolo de aniversário. Lá em casa ainda tem bolo!".

Talvez, naquele momento entre outros compromissos, as duas não tenham tido a oportunidade concreta de marcar um encontro, anotar um endereço, um telefone. Talvez não fosse possível, afinal, cumprir a promessa. No entanto, a cena pode ser emblemática de um processo que acontece nos Serviços Residenciais Terapêuticos - o empoderamento. Elizângela mostrava ali, numa cena que poderia parecer cotidiana, que já conseguiu organizar recursos emocionais e materiais para oferecer ajuda e cuidado. Uma bela travessia desde aquela enfermaria no Engenho de Dentro.



### *A surpresa de sorrir*

Elizângela é uma mulher bonita, de 38 anos, moradora de uma Residência Terapêutica na Penha há três anos, desde que a casa foi implantada. Como muitas outras pessoas que acabam internadas em manicômios, Elizângela foi abandonada bem pequena. Aos oito anos ingressou na então Fundação Estadual de Educação do Menor, a FEEM, que mais tarde, em 1995 se tornaria a Fundação para a Infância e Adolescência, FIA; daí passou por diversos abrigos, viveu na rua, voltou aos abrigos e manicômios. Uma história de institucionalização que durou 27 anos.

Até chegar àquele momento, ali no pátio, quando se dispõe a ajudar a ex-companheira, Elizângela enfrentou violências e abusos de todo tipo, encarou o hospício e suas mazelas, fugiu inúmeras vezes e voltou também inúmeras vezes. Um percurso muito conhecido por quem trabalha na área social e na saúde mental. E desse trajeto, trouxe a sua bagagem de violência pessoal. Sempre foi uma pessoa de trato difícil, com rompantes de agressividade.

Agora acalmou. Diz que aprendeu a se controlar porque, afinal, gosta da casa e dos cuidadores. Gosta da nova vida, mas não esquece as condições do manicômio e ainda lhe dói o coração só de pensar em "todo mundo preso, gritando". E relembra, enfática: "Eu sofria nos hospitais, era nervosa, xingava, era agressiva. Tô muito bem, mais calma. Não tomo mais SOS. Antes eu não sabia conversar com os outros. Agora eu fico alegre, faço as pessoas rirem...".

Elizângela realmente tem lá seus encantos e talentos, e o Serviço Residencial Terapêutico, no longo trabalho de escuta e respeito, possibilitou o reconhecimento de tais desejos e habilidades; apontou para novos aprendizados e afetos na vida da moça.

A moradia abriu espaços amplos de legitimação de uma identidade que, por fim, começa a forjar um caminho para os sorrisos que afloram na cara fechada.

Ativa e trabalhadora, ela tem um papel importante na Residência. Ajuda na limpeza e na arrumação dos armários, mas gosta especialmente de fazer compras, porque aprende "a ver preços e contar o dinheiro". Do seu jeito e no seu tempo vai se distanciando dos hábitos do hospício e acessa estratégias e saberes para viver a vida. Como desculpar e pedir desculpas, por exemplo. Falando sobre a sua relação com a Diretora do CAPS Fernando Diniz, Carla Paes Leme, ela menciona a confiança e o novo jeito de conviver: "Eu tô muito bem aqui. A Carla já brigou comigo, eu já caí na real. Ela já me pediu desculpa e eu já liguei lá de casa e pedi desculpa a ela. E ela me desculpou. Então isso é muito interessante, porque eu nunca tive isso na minha vida! Só tive abusos. Abusos".





## ***Levando o povo...***

E Elizângela tem mesmo um grande encanto: “o samba no pé”. É isso mesmo: mais do que um talento é uma espécie de encantamento que atinge todo mundo, quando a moça, toda enfeitada, abre os braços para sambar. Elizângela é passista do Bloco Loucura Suburbana, que há 15 anos desfila no carnaval do Rio. Quando a passista anterior foi embora, ainda lá no Nise da Silveira, um colega perguntou se ela sabia sambar. E ela disse que sim, enfaticamente. Ele duvidou e ela “botou no pé”, como diz. A demonstração foi o suficiente para garantir o posto que já ocupa há 10 anos.

Ela mantém esse compromisso de maneira muito especial, um vínculo que é coisa muito séria: “Eu tenho que levar o meu povo!”. Cumpre a tarefa com garra e galhardia, sorrindo e interagindo com os componentes do bloco e com a plateia. Mais uma deusa deste carnaval carioca.

Mas vale aqui uma ressalva fundamental: durante muito tempo, a única referência usada para definir Elizângela era “a passista do Loucura”. Ela mesma se detinha nessa referência. E é claro que este papel glamoroso, o personagem tão belo da passista, tem seu impacto na definição de identidades. Daí a Elizângela sempre passista, dava uma brecha de brilho e presença nos longos períodos de isolamento dentro do manicômio.

***A experiência na Residência  
Terapêutica vem mudando isso  
também. A vida fora do manicômio,  
a dinâmica da casa e o convite  
permanente ao convívio com a  
cidade propõe novos papéis a todos  
os ex-internos. Elizângela não é  
exceção. Hoje ela tem muita coisa  
para contar, além dos desfiles do  
Loucura Suburbana e da fantasia  
brilhante de passista.***



Na Residência Terapêutica Elizângela realizou, por exemplo, o sonho muito antigo de voltar para a escola. Nem tem lembranças claras de ter alguma vez estudado de verdade. Agora, matriculada na Educação de Jovens e Adultos, estuda das 18h30 às 20h. Já fez avanços, aprendeu letras e números, assina seu nome e só falta à aula se não está bem de verdade.

Então, a moça é estudante, moradora de uma casa bonita na Penha, amiga (ou não) dos outros moradores; fez um churrasco incrível no último aniversário; convidou os amigos do CAPS e insiste em lembrar que é “dona do seu nariz”, pode escolher o que quer. Inclusive, do quê e de quem gostar: “Eu sou de maior, sei o que eu faço e o que eu não faço”.

Ela tem poucas tristezas, boas e más lembranças e até alguma saudade do Instituto Nise da Silveira. Afinal, tem uma história para zelar, que é muito, muito mais que um samba enredo.

### ***Loucura Suburbana***

O Loucura Suburbana, a bateria A Insandecida, seus compositores e integrantes já são tradição no carnaval do Engenho de Dentro. Criado em 2001, o bloco abre o carnaval do bairro e já recebeu o prêmio Serpentina de Ouro 2016, do jornal O Globo, por sua organização, e também em 2013, como destaque do carnaval. Em 2008 e 2010, ganhou também o Prêmio Cultura e Saúde.

O Bloco, em 2010, tornou-se um Ponto de Cultura, oferecendo atividades também para toda a população do bairro.

O Loucura Suburbana é convidado para apresentações em escolas, clubes e instituições parceiras. Viajam para fora do Rio e levam perguntas como: “E a loucura onde está? Sou louco eu ou você?”. E também respostas: “A diferença está nos olhos de quem vê!”.



***Fica decretada a abertura  
Das portas para a felicidade  
Quebrem os cadeados!!!  
Viva a liberdade!!!***

***Somos iguais,  
Escute a nossa voz  
Nem pior e nem melhor,  
Loucos somos todos nós:  
- Loucos por saber...  
- Loucos pra viver...***

***É o fim do manicômio  
Desfilando na cidade  
Explosão de emoção,  
Sonho e realidade***

*Loucos somos todos nós, samba composto na Oficina Livre de Música do Ponto de Cultura Loucura Suburbana e Oficina Literária do CAPS Clarice Lispector. Carnaval 2013.*



*Conem. Nemquisimint ut  
 volorient andeliquiam  
 dolorum recuptatur  
 aut lam venia qui corem  
 conse volorae et aut  
 quam, iumquidusam  
 fugitatem aut am  
 quatem quaerum  
 quibusdae resti conse  
 volori sunt ut ommolor  
 sam, se pliqui odisciis  
 omnia pro doluptatas  
 molupta tatur? Qui  
 sum eos as expersp  
 eriberr oviduciist ium  
 ellessit videstist placcus  
 sectentenime rerferoriae*

*Franco Basaglia*

# *Construir, desconstruir, reconstruir*





O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de Botafogo leva o nome do médico que é referência na história da Reforma Psiquiátrica – Franco Basaglia. Foi o psiquiatra italiano que, no início da década de 60, começou um movimento de humanização do tratamento de pessoas com transtornos mentais e logo concluiu que isto não bastava. Não haveria possibilidade de resgate da pessoa ou da cidadania no isolamento, na ausência de laços sociais, na negação de direitos. Era preciso, definitivamente, fechar os manicômios. Começava o processo de desinstitucionalização que trazia os exilados pela loucura de volta à cidade.

Décadas depois, esse movimento acontece diariamente no CAPS Franco Basaglia, enclavado na Universidade Federal do Rio de Janeiro, ao pé do Pão de Açúcar. O CAPS é vizinho de um dos manicômios mais conhecidos do Estado, o Instituto Philippe Pinel, uma espécie de ícone da loucura. Durante muito tempo, a gíria carioca para indicar pessoas “diferentes” ou com doenças mentais era “pinel”. Assim mesmo: “fulano é pinel”.

Mas hoje, o rosto de Franco Basaglia está estampado nas paredes do CAPS indicando que este espaço mudou. As frases emblemáticas do médico, impressas pelos corredores, inspiram os profissionais e quem sabe, também os usuários. Afinal, falam de liberdade e respeito. Para colorir e ilustrar a liberdade, quadros produzidos por pacientes do Instituto Pinel, como este que ilustra a capa dessa revista, provocam o visitante. Há beleza e arte por ali; há sentido e desafio nas figuras pictóricas.

O CAPS de Botafogo atende moradores de uma parte da Área Programática 2.1, abrangendo os bairros de Copacabana, Leme, Botafogo, Humaitá, Flamengo, Largo do Machado, Laranjeiras, Cosme Velho, Catete e Glória. Como referência para tantos bairros, o CAPS está sempre movimentado, com usuários circulando o tempo todo, conversando nas varandas. Uma senhorinha passa com a cesta e oferece boloquentinho, recém-saído do forno da Cooperativa da Praia Vermelha; mais tarde, outra pessoa passa com os biscoitos. Tudo com açúcar mascavo, frutas e castanhas.

O CAPS trabalha na desconstrução da antiga imagem do Instituto Pinel, referência básica para as pessoas com transtorno mental e suas famílias. E não só para moradores da cidade do Rio de Janeiro, mas para todo Estado. A origem da instituição está lá no século XIX, no Hospício Pedro II – o primeiro hospital psiquiátrico do país – e ela carrega o peso de uma longa história de isolamento e exclusão. Então, não é fácil explicar à família que o modelo de atenção mudou e que uma pessoa, mesmo com suas características especiais, pode ter toda a condição de sustentar a vida fora do manicômio; ou que o irmão não vai ficar internado “até depois do carnaval”, já que ele não precisa disso. O CAPS pode, sim, ficar com a pessoa até a crise passar, prestando atendimento e analisando se é necessária a manutenção no hospital psiquiátrico. Caso contrário, rumo de casa, que agora pode ser a casa da família ou uma Residência Terapêutica.

A Zona Sul conta, hoje, com duas Residências vinculadas ao CAPS Franco Basaglia. E é junto ao CAPS que as equipes das futuras Residências Terapêuticas começam a construir a travessia dos internos do Instituto Pinel para a vida na cidade.



### ***Acolhimento como eixo da vida***

Boca Preta, o cachorro vira-lata, pequeno e arrepiado, foi um dos primeiros candidatos a morador da Residência Terapêutica no Humaitá. O bichinho tem também seus transtornos. Se alguém se aproxima, ele tem acessos de tremedeira e os olhinhos anunciam seu pânico. Não tem nada da beleza de raças, mas é uma pequena criatura que encontrou um lugar para ficar, para descansar da vida violenta nas ruas. E isso é belo.

Mas o cãozinho está por um triz. Rafael, seu dono, estava em atendimento no CAPS Franco Basaglia, já em processo de desinstitucionalização para a primeira Residência Terapêutica a ser implantada na Zona Sul do Rio, depois de longos períodos vivendo na rua. Frente à perspectiva, Rafael viu que estava prestes a realizar seu sonho de ter uma casa e um cachorro. Tratou de providenciar o bichinho – o nosso Boca Preta.

Com a aquisição precoce do animal, a equipe do CAPS teve que se organizar para cuidar de Boca Preta, que não podia permanecer nas dependências da Universidade Federal do Rio de Janeiro, onde está instalado o CAPS. E o cachorrinho fez suas andanças, ficando sob a guarda provisória de um funcionário ou de outro, até se mudar de vez, com o dono, para a casa de vila, no Humaitá.

Mas, o próprio Rafael tem dificuldades de se adaptar a nova vida na casa, pois se trata de morar sob um teto, com regras básicas de higiene e convívio, num projeto de reconstrução da vida que dá muito trabalho. Boca Preta também está incluído no processo, e neste cenário, como o elo mais frágil da corrente, começou a ser rejeitado, porque sua estadia agora requer cuidado, atenção, comida, limpeza e carinho.

A equipe da casa propôs, então, um debate. Boca Preta não tem para onde ir – uma situação que foi experimentada e vivida por todos os moradores, que trazem histórias de rejeição.

A pergunta colocada para o grupo foi a seguinte: “nós vamos repetir, com o pequeno animal, a mesma história de abandono?”.

O que está em jogo na questão do “Fica Boca Preta” é o comprometimento com a vida e o cuidado; a criação de laços afetivos e relações, a redescoberta de habilidades esquecidas de ação e pró-atividade. Aqui, na Residência Terapêutica, cada pequeno novo gesto é importante. Cada avanço no rumo do comprometimento com o cuidado é fundamental.



É uma casa, mas são várias casas, porque são várias pessoas ainda isoladas na sua história. A morada ainda precisa ser construída, e Boca Preta pode seu um elo, o mascote da casa, não pode?!

### **Fica Boca Preta!**

## ***A delicadeza de recomeçar***

O CAPS Franco Basaglia e a primeira Residência Terapêutica da Zona Sul foram inaugurados quase ao mesmo tempo, no segundo semestre de 2016. Mas, o Instituto Pinel já trabalhava na perspectiva da desinstitucionalização, mantendo um grupo de trabalho sobre a questão que incluía toda a futura equipe do CAPS. Esta equipe pode conhecer a história dos internos, analisar as possibilidades de cada um e traçar projetos de acompanhamento para iniciar as travessias. Quando a equipe do segmento Serviço Residencial Terapêutico foi formada, o CAPS constituiu outro grupo, focado nos internos e potenciais futuros moradores das RTs – o Grupo Morar. Nesse fórum os moradores tiravam dúvidas, falavam dos seus medos e expectativas e começaram a construir em conjunto um projeto de moradia e vida nova. Só faltava a casa.

A maior dificuldade para a implantação dos Serviços Residenciais Terapêuticos na Zona Sul é conseguir imóveis – casas ou apartamentos – para aluguel. Os proprietários têm restrições de firmar contratos com pessoas jurídicas, o que é o caso das Residências, que são alugadas pela Organização Social responsável pela gestão e administração das casas, o CIEDS.

E mesmo quando este primeiro entrave é desfeito muitos desistem do acordo quando descobrem quem vai vir morar no imóvel. Preconceitos, estigmas e o desconhecimento da metodologia do serviço e suas propostas dificultam muito a implantação das Residências, principalmente nos bairros da Zona Sul. Mas não só.

Depois de um longo período de muita frustração, a equipe finalmente encontrou um lugar possível. E especial. Numa vila no Humaitá, com jardim e uma brisa permanente, moram agora seis pessoas. É uma casa de alta complexidade onde se inicia o delicado processo de (re)inserção na vida, com cuidado 24 horas, uma diarista para ajudar na manutenção e limpeza, e um técnico de enfermagem. Como assim escolher?





Como Rafael, que experimenta dificuldades para sustentar a sua própria permanência na casa e também a do cãozinho Boca Preta, outros moradores também acusam o impacto do desafio de viver fora dos parâmetros da vida no manicômio. Lá, as bases do atendimento não exigiam nada do interno. Ao contrário, a rotina da instituição fechada não demanda escolhas, participação, vontade. Requer obediência, adequação, inércia.

Mas na Residência Terapêutica, o tempo começa a ser preenchido outra vez, ou pela primeira vez, e morador é convidado a atuar na própria vida.

São homens e mulheres, todos com transtornos, que precisam reaprender a viver do lado de fora do exílio. E aprender a viver juntos, não mais na lógica do “depósito de gente”, onde os internos mal se relacionam, mas como companheiros que precisam respeitar, partilhar e dividir o mesmo espaço. Este início, quando todos chegam à casa, é o período mais trabalhoso para toda a equipe. Os hábitos do manicômio ainda estão vivos e ninguém pode saber como cada um vai reagir. Aparecem as diferenças, as dificuldades, mas também as habilidades de cada um. Tudo isso precisa ser incorporado às rotinas e modos de convivência. E como em toda casa, os conflitos aparecem.

A manutenção da casa, com a distribuição das tarefas domésticas, é um dos pon-

tos desta tensão inicial. No manicômio, na melhor das hipóteses, a pessoa come no refeitório, com os alimentos separados em compartimentos de uma bandeja. É o “que temos para hoje”, naquela quantidade, e ponto final.

Na Residência Terapêutica, os moradores são convidados a fazer as compras do mês, com os itens básicos de alimentação e limpeza; podem escolher seus itens pessoais e gastar o seu próprio dinheiro como lhe aprouver; devem definir, em conjunto, o cardápio da semana; são estimulados a cozinhar. A meta é alcançar o maior nível possível de comprometimento de cada morador e do coletivo com o cuidado da casa, com sua autonomia para gerir a vida.

A maioria da equipe de cuidadores é de mulheres e os moradores são na maioria homens. E muitas vezes, o argumento usado para não ajudar na limpeza, ou na cozinha, é um clássico do machismo – “isso é trabalho de mulher”. Samir, um senhor de ascendência árabe, já manifestou suas dificuldades: “Está muito difícil, muito difícil. Eu nunca tive que fazer nada, participar de nada, não! Até fico pensando em ir pra rua também...”. Por sua cultura, por sua história é apenas um dos que mais estranham o convite para contribuir nas atividades domésticas. Os outros homens também reclamam.

**Então, vamos discutir gênero?**



## *O sono de Rafaela*

Rafaela é um dos casos mais complicados da casa do Humaitá. Esteve institucionalizada durante 31 dos seus 34 anos. Rafaela seria neta de um fazendeiro, cuja filha, com transtornos mentais, teve relações sexuais com um funcionário e engravidou. O bebê foi mandado para o Rio, para uma mulher que queria uma menina.

Como Rafaela não correspondia aos sonhos da senhora, foi doada a alguém, que também desistiu do projeto de maternidade, que repassou para outra pessoa, que por fim devolveu o bebê para a pretensa mãe adotiva. A solução foi o orfanato e uma sucessão de internações em instituições psiquiátricas, inclusive aquelas onde as condições de vida eram as mais terríveis, com pacientes vagando nus pelos pátios, em total abandono.

O fato é que Rafaela só começou a ver a vida – conviver, comer no prato, com colher, faca, garfo, tomar banho todo dia, olhar a rua, a televisão, a geladeira, sorrir – agora. Há poucos meses.

Depois de viver a experiência de passar noites seguidas numa sala com as luzes sempre acessas, em que chegavam pessoas em surto, numa agitação permanente, é bonito de ver o sono de Rafaela, enroladinha no seu cobertor. Silêncio e quietude na tarde fresca da primavera.

Os gritos de Rafaela, é claro, ainda assombam a casa e também a vila pacata no Humaitá. Os vizinhos vão reclamar. Vão sim.

Mas há que se considerar que vai levar um tempo para que a moça comece a aprender um novo jeito de viver, menos assustador, com outras vivências além do grito. Talvez baste um pouco só de generosidade para esperar Rafaela acordar do pesadelo.

O mesmo vale para todos os outros moradores da casa. E mesmo para a equipe. Estão todos envolvidos na criação de um espaço de estada e relacionamentos. Um espaço que é vivo, se movimenta e acomoda o tempo todo, borbulhando de questões – quem lava, quem passa, quem cuida? O que é bom ou ruim? Como eu faço? Eu posso?

Samir não grita como Rafaela, mas tem seus medos e ameaça até correr para a rua, como Rafael. Um dia após o outro resolve que é melhor ficar por ali, mesmo com a “questão de gênero”. Jurema, com 83 anos, 50 deles internada, quando chegou à casa, passou 48 horas sentada no sofá, sem tirar nem o sapato, apavorada com o mundo. Mas isso já passou e ela tem aproveitado a paz da vila onde mora para começar a reinventar um jeitinho de viver.

***Daqui a pouco, essa pequena comunidade se organiza. Devagar, com atenção, cuidado. E generosidade. Até lá vão fazer algum barulho. Mas passa, ou o povo se acostuma.***











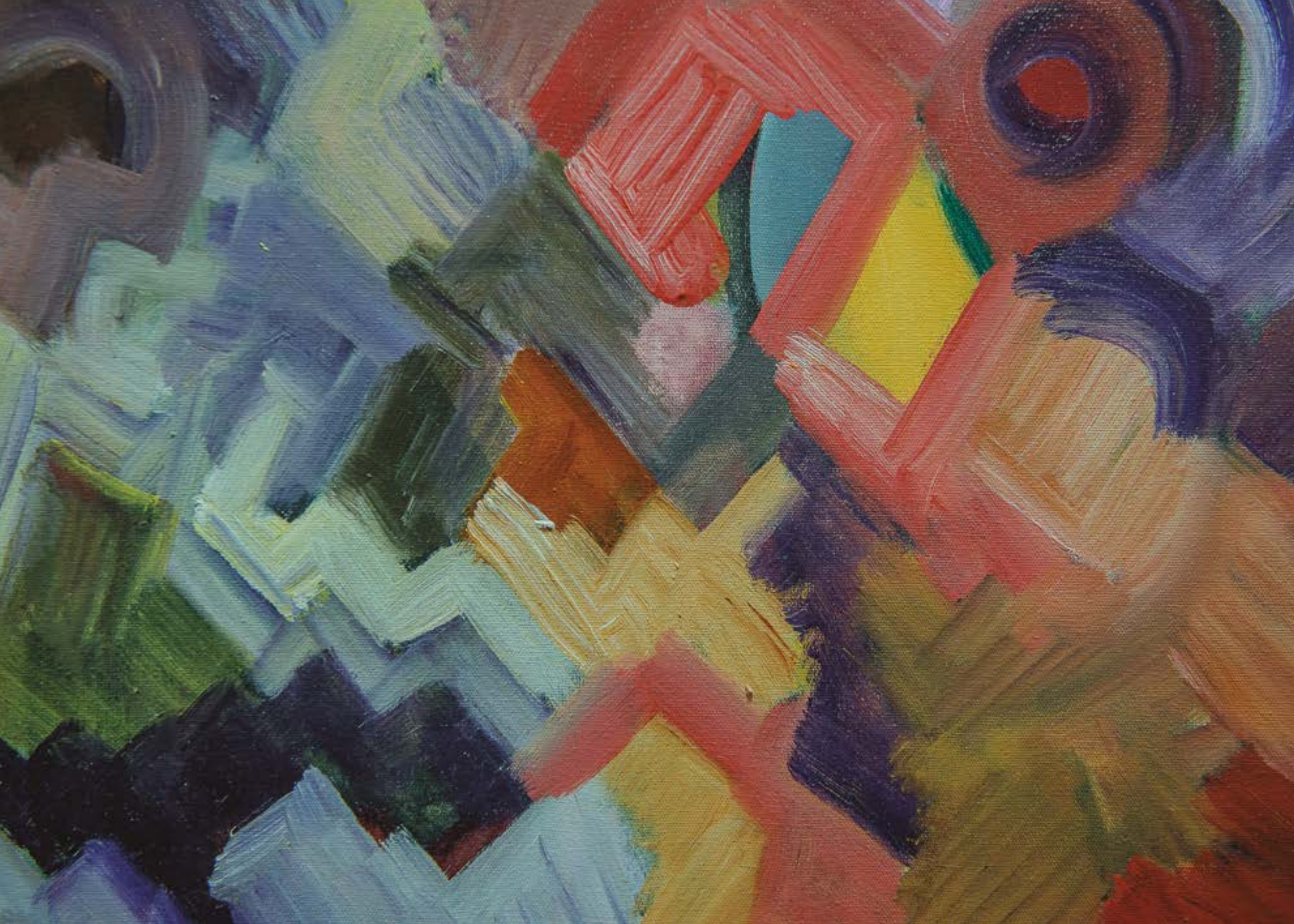




ALEGRIA











































# Reforma Psiquiátrica

## *O investimento na saúde mental*

Aldeli Carmo<sup>1</sup>

Taciane Maia<sup>2</sup>

***A vida muda como a cor dos frutos  
lentamente e para sempre***

***A vida muda como a flor em fruto  
velozmente***

***(...)***

***não basta um século para fazer a pétala  
que um só minuto faz ou não***

***mas***

***a vida muda***

***a vida muda o morto em multidão***

***Dentro da noite veloz, Ferreira Gullar***

<sup>1</sup>  
Aldeli Carmo é assistente social,  
gerente da área de inclusão e  
bem-estar no CIEDS.

<sup>2</sup>  
Taciane Maia é psicóloga,  
supervisora de monitoramento  
em projetos na área de saúde  
no CIEDS.

O mundo abriu uma grande discussão sobre os transtornos mentais quando deixou de considerar que a loucura era um problema privado das famílias. Os “loucos”, geralmente isolados e considerados pessoas que apresentavam riscos para os outros a sua volta, passam a ser vistos a partir de novo pensamento crítico, conduzido pela necessidade de reforma no modelo manicomial de tratamento. Historicamente, a sociedade foi identificando diferentes contextos, estratégias e formatos de tratamento e cuidado aos loucos ao longo dos séculos. Estas estratégias têm seus primeiros registros na Grécia antiga e seguem até o surgimento da psiquiatria e do hospital psiquiátrico da modernidade. No Brasil, como no resto do mundo, por muitas décadas os pacientes com transtornos mentais viviam internados em hospitais e as práticas também eram de confinamento, contenção com correntes e camisas de força, choque elétrico e lobotomia.

Esse modelo começa a sofrer mudanças no período da II Guerra Mundial, quando os hospitais psiquiátricos e os métodos aplicados por eles passam a ser questionados, denunciados pela privação de liberdade e a violação de outros direitos humanos.

Paulo Amarante destaca que:

*“as esparsas referências que se tem sobre a ‘clientela’ dos hospitais psiquiátricos do final do séc. XIX e início do séc. XX acusam que esta estava entre os miseráveis espalhados pela cidade, índios, negros ‘degenerados’, trabalhadores, camponeses, mendigos, desempregados, retirantes, ou seja, os considerados perigosos para a ordem pública e a sociedade de bem, encontravam-se longe de oferecer riscos ou apresentar transtornos mentais efetivos. Como determinava o plano político da medicina social, era preciso conter e vigiar os indesejáveis, garantir segurança e limpar/higienizar o espaço público.”<sup>3</sup>*

Na Europa, a luta pela garantia de direitos inicia o processo da reforma psiquiátrica italiana na década de 60, defendida pelo psiquiatra Franco Basaglia (1924-1980). A reforma percorre a trajetória de intervenção multidisciplinar para o

<sup>3</sup>  
<http://justificando.com/2015/05/07/arthur-bispo-do-rosario-louco-genio-na-contramao-manicomial/>

tratamento da pessoa com sofrimento mental, com base no *“cuidado asilar, nas Comunidades Terapêuticas e na Psiquiatria de Setor”*, que se desenvolverá para um modelo antimanicomial, no qual *“o sujeito retoma a sua capacidade e estabelece relações contratuais. Vai da produção do sujeito alienado e incapaz, a um protagonista, desejante, construtor de seus projetos de vida”*<sup>4</sup>. Trata-se de um movimento desafiante e possível para o chamado processo de desinstitucionalização da pessoa com transtorno mental, que demanda alto investimento dos trabalhadores, familiares, usuários e da sociedade como um todo. Esse modelo se tornou o referencial brasileiro de assistência à saúde mental, cuja reforma teve início na década de 70.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira, contemporânea à Reforma Sanitária, começou com o Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental, a partir das denúncias ao modelo oficial de caráter privatizante, hospitalocêntrico e segregador. A defesa era pelo direito do exercício da cidadania dos loucos, que viviam em instituições totais, privados de liberdade. O movimento contou com o I Congresso de Saúde Mental, ocorrido em São Paulo em 1979 e se fortaleceu bastante na década de 80, com destaque para o II Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, realizado em Bauru, em maio de 1987, que criticava a desinstitucionalização como desospitalização. Com a participação de familiares e de pessoas com transtornos mentais, tendo como lema *“Por uma Sociedade sem Manicômios”*, o congresso discutiu propostas de intervenções comunitárias, reduzindo a hospitalização. Ainda em 1987, ocorreu a I Conferência Nacional de Saúde Mental, a esteio da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, na luta pela promulgação de um Sistema Único de Saúde. A I Conferência Nacional de Saúde Mental contou com 176 delegados e recomendou a *“priorização de investimentos nos serviços extra-hospitalares e multiprofissionais como oposição à tendência hospitalocêntrica”*. Nessa época, houve poucos resultados práticos devido à burocracia estatal e à resistência da Federação Brasileira dos Hospitais.

A inauguração do primeiro Centro de Atenção Psicossocial do Brasil, o CAPS Professor Luiz Cerqueira, localizado na Rua Itapeva, em São Paulo, aconteceu também em 1987 e representava, na prática, a crítica à insuficiência do binômio ambulatório-internação para os casos graves de transtornos mentais. O CAPS constitui um serviço de saúde aberto e comunitário, substitutivo às grandes instituições. É o local de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, que podem receber atenção diária e personalizada em liberdade.

Em meio a tantas lutas, em 1988 é promulgada a Constituição do Brasil, garantindo a todos o direito à saúde e instituindo o Sistema Único de Saúde (SUS) - momento muito favorável para o desenvolvimento no país, com movimentos para construção de políticas inclusivas em vários setores.

Em 1989, a cidade de Santos, em São Paulo, desmonta o manicômio Casa de Saúde Anchieta e os usuários passam a ser atendidos no Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), serviço substitutivo como o CAPS, e são organizadas moradias para essas pessoas no território. Começa a se definir aí um caminho concreto para a Reforma Psiquiátrica no Brasil. No mesmo ano, foi apresentado ao Congresso Nacional o Projeto de Lei 3657/89 (Lei Paulo Delgado – PT/MG), para impedir a construção de novos hospitais e a contratação de leitos psiquiátricos pelo poder público; garantir o direcionamento dos recursos públicos à criação de equipamentos não manicomiais; e instituir a comunicação obrigatória das internações involuntárias à justiça. A experiência exitosa de Santos e a Lei Paulo Delgado foram marcos na trajetória da Saúde Mental que, a partir daí, define os processos da desinstitucionalização.

Três anos depois, em 1992, a II Conferência Nacional de Saúde Mental se inspira na Conferência de Caracas - OPAS (1990), que na reunião dos países da região definiu os princípios para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica nas Américas, redirecionando a assistência para serviços de base comunitária e as internações para os hospitais gerais. Essa Conferência contou com etapas municipais, estaduais e federais e foi a primeira a contar com participação expressiva de usuários e familiares, que totalizaram 20% dos participantes. As discussões foram pautadas na ênfase da cidadania e dos direitos humanos, considerando as conferências anteriores, com redirecionamento da atenção de base comunitária, apresentando noções de território e responsabilização.

Experiências de serviços de base comunitária são identificadas, no cenário de intenso movimento social, com a criação de Associações de Usuários e Familiares de Saúde Mental, o que fortalecia a luta pela garantia de direitos dos usuários da saúde mental no país.

Nos anos 90, sete estados brasileiros – Ceará, Espírito Santo, Minas Gerais, Paraná, Pernambuco, Rio Grande do Norte e Rio Grande do Sul, além do Distrito Federal – promulgaram leis inspiradas na Lei Paulo Delgado.

O Ministério da Saúde inicia o financiamento, normatização e implantação dos novos serviços substitutivos em nível nacional a partir de 1991. Nesse período, constata-se ampliação do número de CAPS, porém lenta redução de leitos, fechamento de hospitais psiquiátricos e incentivo financeiro para implantação de leitos de psiquiatria em hospitais gerais.

Somente em abril de 2001, no entanto, é promulgada a Lei 10.216, que trata dos direitos das pessoas com transtornos mentais, regulamenta as internações e reorienta o modelo assistencial em saúde mental na direção de um modelo comunitário de atenção integral, que prevê a integração entre os diversos serviços, constituindo um sistema onde as unidades funcionem de forma articulada e in

4  
Atenção Psicossocial no Estado de Sergipe - Saberes e tecnologias para implantação de uma política. Livro do aprendiz 8 / Fundação Estadual de Saúde - Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe. – Aracaju: FUNESA, 2011. Cap 2, pag. 25.



tegrada. Confirma-se legalmente o processo de desinstitucionalização no Brasil, uma importante e concreta resposta à luta antimanicomial.

A III Conferência Nacional de Saúde Mental “Cuidar sim. Excluir não”, ocorrida em dezembro de 2001, menos de um ano após a promulgação da Lei 10.216 foi um dos marcos mais importantes para a Reforma Psiquiátrica no Brasil, pois consolida a reorientação do modelo vigente, ganhando respaldo social, político e jurídico.

O relatório dessa Conferência representa o trabalho coletivo de usuários, familiares, trabalhadores e gestores do SUS. Na etapa municipal, estima-se a participação de trinta mil pessoas; na estadual, vinte mil. Todos os 27 estados do Brasil realizaram a etapa estadual e a etapa nacional, em dezembro de 2001, em Brasília, que contou com a participação de aproximadamente 1.700 pessoas. O relatório apresenta claramente a definição da reorientação do modelo de atenção em saúde mental, incluindo, além dos CAPS e leitos de Saúde Mental, o Programa de Volta para Casa<sup>5</sup>, Residências Terapêuticas, Economia Solidária e propostas de inclusão social pelo trabalho.

A noção de Reforma Psiquiátrica passa a abranger não apenas o movimento social, mas também uma política de Estado, com a publicação de portarias definindo os serviços e ações com repasse de recursos aos municípios e estados como incentivo e custeio para a implantação da rede de saúde mental substitutiva.

O Brasil avançou, mas muitos desafios ainda existem, o que nos acena um longo processo a ser percorrido na luta pela reversão da atenção em saúde mental.

A IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial teve como tema “Saúde Mental, direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios”, ocorrida de 27 de junho a 01 de julho de 2010, nove anos após a III Conferência. Essa última conferência nacional de saúde mental reafirma o caminho para a reversão do modelo de atenção em saúde mental. Estima-se a participação de 46 mil pessoas nas etapas municipal, estadual e nacional. Nessa época, o Brasil já investia mais recursos na rede extra-hospitalar, dado o processo de desinstitucionalização com fechamento de leitos em hospitais psiquiátricos e expansão da rede substitutiva. Acredita-se que a chamada para a corresponsabilidade dos demais setores com vistas ao avanço da Reforma Psiquiátrica viabilizou a formação do compromisso na construção de redes efetivas nos territórios.

Foram trabalhados três eixos nessa conferência:

- Eixo I** - Políticas Sociais e Políticas de Estado: pactuar caminhos intersetoriais;
- Eixo II** - Consolidar a Rede de Atenção Psicossocial e Fortalecer os Movimentos Sociais;
- Eixo III** - Direitos Humanos e Cidadania como desafio ético e intersetorial.

<sup>5</sup> Programa de Volta para Casa - Lei Federal 10.708 de 31 de julho de 2003. Regulamenta o auxílio-reabilitação psicossocial a pacientes que tenham permanecido em longo período de internação psiquiátrica. Seu objetivo é contribuir para o processo de inserção social dessas pessoas, sendo facilitador de um convívio capaz de assegurar o bem-estar integral e estimular o exercício pleno de seus direitos civis, políticos e de cidadania. O Programa ainda forma o tripé essencial para o efetivo processo de desinstitucionalização e resgate da cidadania das pessoas com transtornos mentais institucionalizadas, em conjunto com o Programa de Redução de Leitos Hospitalares de longa permanência e os Serviços Residenciais Terapêuticos. Também tem um caráter indenizatório àqueles que, por falta de alternativas, foram submetidos a tratamentos aviltantes e privados de seus direitos básicos de cidadania.

No contexto da construção de redes, a Rede de Saúde Mental passa a ser prioritária para o Ministério da Saúde, e em 2011, por meio da Portaria nº 3088/MS, institui-se a Rede de Atenção Psicossocial, a RAPS. A Portaria propõe o desenho da rede de saúde mental e traz importante incremento de recursos federais para os serviços e ações. Para além de incentivos de implantação, os Serviços Residenciais Terapêuticos, quando habilitadas pelo MS, passam a receber recursos mensalmente do governo federal.

No entanto, ainda é preciso avançar com a Rede de Atenção Psicossocial<sup>6</sup> - RAPS. A rede é norteada por diretrizes que garantam a continuidade dos serviços em consonância com o SUS: “garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar; desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos, combate a estigmas e preconceitos, atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas.”<sup>7</sup>

Sabemos dos vínculos rompidos, da violência, do abandono e das vulnerabilidades presentes nas relações familiares de pessoas com transtorno mental. Entretanto, não é mais aceitável a exclusão, a reclusão e o estigma aos “loucos”. Também não é possível conduzir esse processo somente com o retorno dos ex-internos às famílias, como se estas fossem, indistintamente, capazes de absorver e lidar com a problemática da vida cotidiana acrescida das dificuldades geradas pela convivência, pela manutenção e pelo cuidado com o seu familiar com transtorno mental. Muitas dessas pessoas institucionalizadas por longos períodos podem não conseguir resgatar seus vínculos com os familiares; para outras, os vínculos não existiram e em algumas situações ainda há dificuldade na localização dos familiares.

Nesse contexto, foram pensadas as Residências Terapêuticas para viabilizar a moradia dessas pessoas no território e não mais permanecerem confinadas em hospitais psiquiátricos. As RTs, na RAPS, estão no componente da Desinstitucionalização, onde há também estratégias de reabilitação social, como as iniciativas de geração de trabalho e renda. A proposta é a construção de uma Rede de Serviços territorial que corresponda à complexidade das situações e diversidade de histórias.

A saúde mental em rede funciona desde o início da Reforma Psiquiátrica no Brasil, mesmo com a insuficiência de serviços, por vezes custeados com incentivo da União como os CAPS, leitos de saúde mental em hospitais gerais, dentre outros. No município do Rio de Janeiro, potentes dispositivos apresentavam-se no território realizando o cuidado em liberdade na década de 2000, a exemplo, as RTs e as Moradias Assistidas, custeadas integralmente pelo município.

<sup>6</sup> Rede de Atenção Psicossocial - RAPS - instituída pela Portaria nº 3088 de 23 de dezembro de 2011, para criação, ampliação e articulação da atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. Objetiva ampliar o acesso da população à atenção psicossocial, garantir a adesão e vínculo dos usuários e suas famílias as referências de atenção e articulação de saúde no território, por meio do cuidado, acolhimento, acompanhamento e da atenção às urgências, bem como visa à promoção dos cuidados em saúde a grupos vulneráveis (criança, adolescente, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas); a prevenção e redução de danos; a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia e; ainda, inclui a melhoria dos processos de gestão dos serviços, parcerias intersetoriais, entre outros.

<sup>7</sup> Fonte: Manual de Estrutura Física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidade de Acolhimento – Brasília – DF 2013

# Cogestão:

## Opção estratégica para a garantia de direitos

Aldeli Carmo<sup>1</sup>

Janaína Lins<sup>2</sup>

Muitos cariocas ainda desconhecem o Serviço Residencial Terapêutico do Município do Rio de Janeiro. Não sabem que existe este serviço, nem como funciona ou seu impacto. Em geral são pessoas que não acompanham a trajetória do modelo de saúde brasileiro, as lutas travadas neste campo, os movimentos sociais, as principais questões e as agendas colocadas em pauta. Foi um processo rico que, durante décadas, mobilizou profissionais, militantes e usuários do sistema de saúde brasileiro. Hoje, os avanços na desinstitucionalização das pessoas com transtornos mentais, cuja trajetória de vida foi marcada por internações de longa permanência em hospitais psiquiátricos, demandam a publicização desta história, convocando a sociedade a entender e participar do processo.

Um dos principais campos de mobilização é a política pública de saúde mental, seus programas, planos, leis e a luta antimanicomial, com forte engajamento dos trabalhadores da saúde, usuários, familiares e sociedade civil no movimento por mudanças no modelo de atendimento à pessoa com transtorno mental. Dentro deste debate surgiram os elementos que possibilitaram e hoje fortalecem o processo de desinstitucionalização de pessoas com transtornos mentais.

Ponto fundamental é iniciar as respostas a estes questionamentos, contextualizando o Sistema Único de Saúde, SUS. O SUS é inovador, tem como diretrizes a universalidade, a equidade e a integralidade das ações e usa a terminologia “usuário” do sistema no sentido de demarcar o protagonismo daquele que antes era apenas paciente. Sua forma de organização é a descentralização, hierarquização,

resolutividade e participação social. Resguarda a complementaridade do setor privado nas ações de saúde, com os estados, municípios e o Governo Federal, assumindo responsabilidades distintas para os diferentes níveis de atenção. Os municípios são responsáveis pelo funcionamento da maior parte dos serviços. O setor privado também participa, desde que cumpra com as legislações, normatizações, princípios e as diretrizes do SUS.

No Município do Rio de Janeiro, o CIEDS celebrou convênio com a Prefeitura para a operacionalização do programa Serviços Residenciais Terapêuticos, um dispositivo previsto na Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que versa sobre “a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”<sup>3</sup>, em consonância com a “Portaria n.º 106/2000, do Ministério da Saúde, que introduz os SRTs no âmbito do SUS<sup>4</sup>. O Serviço Residencial se caracteriza como componente de desinstitucionalização, sendo estratégico no processo de desospitalização e reinserção social, que se consolida com a transferência de pacientes internados por mais de um ano em manicômios para uma moradia. Cumpre, portanto, um direito.

Entretanto, devido à grande desigualdade social, em que pese às conquistas de cidadania para as pessoas com transtornos mentais, no Brasil ainda prevalece um usufruto restrito de direitos, que limita oportunidades de inserção social e reestruturação da vida cotidiana.

A prerrogativa do CIEDS para tornar-se gestor dos Serviços Residenciais Terapêuticos, no Rio de Janeiro, foi obtida por meio de processo seletivo público. No pleito, a instituição demonstrou reunir as competências técnicas e operacionais necessárias para gerenciar, monitorar e avaliar a implementação dos serviços. A preponderância da gestão do projeto está na execução de ações socioassistenciais junto a pessoas com transtornos mentais vivendo em Residências Terapêuticas. Estes moradores são indivíduos com histórico de longa permanência de internação em hospitais psiquiátricos ou de custódia, sem suporte social, laços familiares ou moradia.

O projeto visa à reabilitação e inclusão social, com ações que asseguram cuidado integral em assistência e saúde, consolidando o processo de desinstitucionalização.

<sup>1</sup> Aldeli Carmo é assistente social, gerente da área de inclusão e bem-estar no CIEDS.

<sup>2</sup> Pedagoga. Atua no CIEDS desde 2017. É Coordenadora de Monitoramento e Avaliação Administrativa do projeto Serviços Residenciais Terapêuticos, desde 2015.

<sup>3</sup> [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3090\\_23\\_12\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3090_23_12_2011.html)

<sup>4</sup> <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/120.pdf>



A base da execução deste trabalho está nas premissas do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e no SUS, nos objetivos e definições de responsabilidades institucionais, nos mecanismos e instrumentos de gestão que objetivam conferir qualidade, uniformidade e estabelecem parâmetros para o devido acompanhamento e avaliação do projeto. Essas orientações são entendidas como medidas para assegurar uma padronização mínima desses mecanismos e instrumentos de gestão, necessária ao gerenciamento dos serviços.

Nesse arcabouço consideram-se os seguintes aspectos para uma análise de relevância social e orçamentária do projeto:

- *Contribuição para a superação das desigualdades no âmbito da atenção à saúde;*
- *Melhoria dos indicadores de saúde mental na cidade;*
- *Impacto positivo na qualidade de vida dos moradores;*
- *Celeridade nas respostas às demandas colocadas pelo projeto;*
- *Consonância com o SUS, a Política Nacional de Saúde Mental e o Sistema Único de Assistência Social;*
- *Clareza dos resultados positivos que são gerados para as políticas públicas no Município e, por conseguinte, um efeito em curto e médio prazo na gestão pública;*
- *Celeridade no percurso de fechamento de hospitais psiquiátricos;*
- *Possibilidade de uso medido e ordenado dos recursos públicos, considerando os seguintes aspectos nesse campo:*
  - a) *Adequação do orçamento e do cronograma de desembolsos aos objetivos da proposta;*
  - b) *Coerência com os gastos, adequando à quantidade de itens solicitados e às necessidades do projeto;*
  - c) *Coerência para os preços praticados no mercado.*

As Residências Terapêuticas estão distribuídas em nove Áreas Programáticas, as APs, o que favorece as ações multisetoriais nos territórios e a apropriação da cidade por meio da articulação com órgãos públicos e privados; a participação dos moradores e equipes nos espaços de controle social e o fortalecimento das políticas públicas. Contribui, ainda, para que os moradores se apropriem da cidade, tenham moradias em condições dignas, documentos, oportunidade de acesso à educação, cultura e lazer.

A vivência na RT permite que seus moradores expressem talentos e habilidades, e tenham a chave da própria casa, elemento simbólico de liberdade. O direito de ir e vir rompe, efetivamente, com a lógica de confinamento que rege as internações em unidades manicomiais. A RT também trabalha o fortalecimento dos vínculos familiares, preparando a família para o seu retorno ou convívio menos conflituoso. Ou seja, o modelo da residência permite que a pessoa desinstitucionalizada tenha efetivos direitos de cidadania.

Reduzir a hospitalização ou fechar leitos não significa, necessariamente, que o município tem uma gestão qualificada de assistência a quem dela necessita. Nesse sentido, o CIEDS e a SSM reconhecem que há passos a serem percorridos e um deles é garantir que o cuidado em saúde mental respeite os vínculos construídos pelos usuários dos serviços, o que para eles pode ser a estratégia para sua produção de vida.

A partir desses princípios, todo processo de gestão é conduzido.

## ***1. Uma gestão compartilhada***

A execução de ações nas RTs pressupõe participação junto ao máximo de serviços presentes no território, e é através da socialização das experiências e conhecimentos de cada um traz que se constrói o rico processo de trabalho que tem acontecido.

A execução dos serviços requer ainda a aceitação de que a gestão de um programa no âmbito da saúde mental, num município com as complexidades do Rio de Janeiro significa estar inserido em um problema que possui uma dimensão social exemplar. É necessário, portanto, uma estrutura sólida, com um fazer profissional humanizado e que venha a gerar bem-estar e qualidade de vida para os beneficiários do programa. Daí a importância significativa de investimento em recursos humanos, capacitação, metodologias e uso de tecnologias, elementos que potencializam a gestão e evidenciam uma atuação inovadora, com tomada de decisão estratégica, planejada, monitorada e avaliada.

Cabe ressaltar que as diretrizes políticas das ações são prerrogativas da Secretaria Municipal de Saúde/Superintendência de Saúde Mental. Para tanto, o CIEDS sempre busca promover, sugerir ou determinar adequações que visem alcançar as metas propostas no projeto, com visão de conjunto, objetivos comuns e decisões compartilhadas. Ainda, a ênfase dada na troca de experiências e na articulação, por conseguinte, contribui para que se produzam mudanças nos sujeitos, nas práticas, nos serviços e na gestão pública.

Todo esse arcabouço é pensado sob a ótica da intersetorialidade entre as políticas públicas e a integração entre os serviços existentes nos territórios, o que em essência faz diferença numa gestão compartilhada, evidencia as ações promovidas pelos múltiplos atores locais e, acima de tudo, marca os conhecimentos sobre as condicionantes e o papel de cada um na gestão.

É preciso destacar que, quando falamos de gestão, estamos discutindo questões complexas. Neste sentido, os aspectos apontados não se encerram neles mesmos, ou devem ser vistos como fórmula a ser aplicada exatamente a como descrevemos. Pretendemos apresentar aqui o que foi produzido a partir da trajetória do CIEDS na execução de projetos no âmbito da saúde mental no Município do Rio de Janeiro, desde 2011. Ou seja, uma experiência, não um fazer universal.

O CIEDS e a SSM possuem níveis de trabalhos distintos, mas atingem resultados que se complementam, na execução de um serviço e de uma política pública. Para tanto, mantêm equipes com permanente senso de que a comunicação deve ocupar o maior tempo do trabalho, porque será através dela que as distorções poderão ser corrigidas e o entendimento ser o melhor ponto para fechamento de acordos, compartilhamento de ideias, fortalecimento de diálogos, novas descobertas e inspirar transformações criativas.

## ***2. O trabalho da gestão***

### **A. Planejamento das ações**

Hoje, no município do Rio de Janeiro, é parte do escopo da gestão um total de 92 Residências Terapêuticas implementadas e 5 em processo de implementação, localizadas em nove AP - Áreas Programáticas da cidade -, com mais de 780 profissionais atuando diretamente em SRT, entre coordenadores, acompanhantes terapêuticos, técnicos de enfermagem, cuidadores e uma equipe técnico/administrativa de monitoramento e avaliação, prestação de contas e apoio administrativo operacional.

### **B. O trabalho da gestão**

Dado o volume de atividades, indicadores, metas, recursos humanos e orçamentos, para gerir apresentaremos em tópicos o nosso “como fazer”.

#### ***Recursos Humanos***

*Quanto às equipes, o trabalho é conduzido numa relação de cuidado entre os profissionais, com encontros, reuniões, avaliações e feedbacks, o que tem possibilitado diálogo permanente e dirimido os riscos de tensões. Busca-se garantir discussões diversas, sempre com conteúdos específicos e organizados por demanda, tanto dos moradores, quanto dos profissionais.*

### ***Aluguéis de imóveis***

*Em grande parte, os imóveis nos quais residem os moradores são alugados pelo CIEDS ao longo do processo de desinstitucionalização. Assim, faz parte do trabalho a identificação, visitação e locação de imóveis em vários bairros da cidade; compra de móveis, eletrodomésticos e utilidades para montagem da casa.*

*Hoje, temos sessenta e três imóveis com contratos de locação, o que se desdobra em diversificados pagamentos, como aluguéis, condomínios e as concessionárias (água, energia elétrica, gás, telefone, internet), um volume de mais de trezentas contas a serem pagas em datas variadas no mês. Para a gestão desses custos, foram criados instrumentos específicos, que facilitam o controle mensal.*

### ***Vizinhança***

*Somando ao processo de procura e mobília de um imóvel, ainda temos a convivência com a vizinhança da RT que nem sempre aceita prontamente os moradores, simplesmente pelo fato de serem pessoas com transtornos mentais. Assim, numa rua, na vila ou em uma cidade são raros os moradores que conhecem a proposta da RT. E, no entanto, a rejeição aos perfis dos moradores, em alguns casos leva o vizinho a verbalizar o desejo de que as pessoas com transtornos mentais vivam longe dele, numa atitude de escárnio e preconceitos.*

*Assim, alugar um imóvel nem sempre é tarefa fácil. Ora toda negociação flui sem intercorrências, ora requer muito diálogo e explicações. Contudo, na outra ponta dessa empreitada, encontra-se um paciente “pronto” para sair de uma internação e ter a sua vida dignificada e resignificada com a entrada em sua casa, podendo ter uma chave, abrir e fechar, entrar e sair pela porta que quiser no dia e horário que bem entende. E esta meta nos anima a enfrentar e/ou contornar resistências para fazer de cada vizinho um aliado na construção desta travessia.*

### ***A rede de serviços***

*A atuação em rede é o que irá permitir redimensionar a participação dos diferentes atores nas ações em saúde nos territórios. A RAPS – Rede de Atenção Psicossocial –, como ponto de atenção e garantia da articulação e integração da rede de saúde no território, visa qualificar o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências, mas a participação da comunidade e dos familiares, atores essenciais e efetivos para inspirar transformações coletivas, ainda se coloca como um grande desafio nessa rede.*



### **C. Desafios**

Tomando por referência os conhecimentos adquiridos e alguns direcionamentos contemporâneos da Saúde Mental, o desafio estabelecido é como fazer com que a gestão se coloque efetivamente como apoio a política pública e a governos locais de forma inovadora e que gere impacto; venha melhorar a maneira de gerar soluções para necessidades sociais; forme profissionais mais criativos. Em adição, deixar legados que favoreçam ações de planejamento, estratégicas e que transponham o óbvio, mude indicadores e apresentem resultados positivos, dê maior importância ao processo de sistematização das informações, pois elas podem potencializar as análises dos diferentes indicadores que alimentam debates, servem de base e facilitação para novas pesquisas, e avanço para produção de conhecimento. Além disso, incrementar o trabalho com as famílias e por último, mas não menos importante, tornar a cidade e a sociedade conhecedora do que é Serviço Residencial Terapêutico, aceitando conviver ao lado de uma RT no seu bairro, na sua cidade.

### **D. Conclusões**

A desinstitucionalização de todas as pessoas com histórico de longa internação no município do Rio de Janeiro é um projeto próximo de sua conclusão, com o encerramento dos leitos de longa permanência do município do Rio de Janeiro previsto para julho de 2022. Entre 2021 e 2022 estão previstas as aberturas de 5 novas implementações de residências terapêuticas para contribuir com este objetivo. Há aproximadamente 800 profissionais empenhados neste trabalho que recebem capacitação potencializada por ações de monitoramento e avaliação do projeto pelas Supervisões Técnica e Administrativa do CIEDS, ambas com papéis específicos e atuação que consiste essencialmente em: planejamento conjunto com os coordenadores das RTs, desenho de fluxogramas, participação no Fórum de RT, GT de Desinstitucionalização, produção de conhecimento, relacionamento com fornecedores, pagamentos, aluguéis de imóveis, participação em diferentes fóruns de discussão da saúde mental, entre outras inserções.

## ***Ficha Técnica***

Vandré Brillhante  
*Diretor-Presidente*

Fabio Muller  
*Diretor Executivo*

Noemi Braga  
*Diretora Administrativa-Financeira*

Rosane Santiago  
*Diretora Inovação e Novos Negócios*

Roselene Souza  
*Diretora de Gente e Cultura*

José Claudio Barros  
*Gerente de Engajamento Comunitário*

Aldeli Carmo  
*Gerente de Inclusão Social e Bem-estar*

Ana Muniz  
*Gerente de Educação*

Marina Rotenberg  
*Coordenadora de Comunicação Estratégica e Marca*

Aldeli Carmo  
Fabio Muller  
Isabel Salgado  
Janaína Lins  
Leonardo Moraes  
Nívea Chagas  
Taciane Maia  
*Textos e pesquisa*

Fábio Léda  
Guilherme Nascimento  
*Layout e diagramação*

Gianne Trindade  
*Revisão voluntária*





# *Residências Terapêuticas*

## *um manifesto pelos direitos das pessoas com transtorno mental*

A publicação que você tem nas mãos transcende a materialidade de seu conteúdo. Em suas páginas estão registrados recortes de trajetórias pessoais, experiências de vida e uma abordagem sobre a organização de uma política pública, com seus pressupostos, marcos e parâmetros. No entanto, o que acontece aqui, nesse momento em que você nos lê, é também um manifesto que, esperamos, seja continuado e cada vez mais amplo: um manifesto pelos direitos das pessoas com transtorno mental.

Queremos lhe contar como é possível abraçar a diversidade, cuidar e criar espaços para conviver com as diferentes humanidades que somos. A publicação nasceu deste compromisso e com o objetivo de dialogar e dar a conhecer a experiência transformadora de pavimentar o caminho do isolamento para a inclusão, da alienação para a participação, do não para o sim, de moradores e profissionais. Descreve como se concretizam, nas experiências nascidas da Reforma Psiquiátrica no Município do Rio de Janeiro, os Serviços Residenciais Terapêuticos.

