

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS – UNICAMP
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA
CURSO DE MESTRADO**

MEMÓRIA, LOUCURA E VELHICE
**Os ganhos no processo de envelhecimento pós reforma
psiquiátrica (Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira – Campinas/SP)**

**CAMPINAS
2005**

© by Reginaldo Moreira, 2005.

UNIBADE
CHAMADA UNICAMP
M813m

EX
OMBO BC/ 07324
ROC. 6-23-06

C
PREÇO 11,00
DATA 08/09/06
Nº CPB

+ 1 CD-R

Bib. id. 376017

Ficha catalográfica elaborada pela biblioteca
da Faculdade de Educação/UNICAMP

M813m Moreira, Reginaldo.
Memória, loucura e velhice : os ganhos no processo de envelhecimento pós reforma psiquiátrica (Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira – Campinas/ SP) / Reginaldo Moreira. -- Campinas, SP: [s.n.], 2004.

Orientador : Olga Rodrigues de Moraes von Simson.
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação. Programa de Pós-Graduação em Gerontologia.

1. Envelhecimento. 2. Saúde mental. 3. Fotografia. 4. Memória.
5. Hospitais psiquiátricos. I. Simson, Olga Rodrigues de Moraes von. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade Educação. III. Título.

05-0214-BFE

Keywords: Aging; Mental health; Photography; Memory; Psychiatric hospital

Área de concentração : Gerontologia

Titulação: Mestre em gerontologia

Banca examinadora: Profa. Dra. Olga Rodrigues de Moraes von Simson (Orientadora)

Prof. Dr. Jaime Lisandro Pacheco

Profa. Dra. Zula Garcia Giglio

Data da defesa : 30/08/2005

E-mail: regismoreira@hotmail.com

REGINALDO MOREIRA

MEMÓRIA, LOUCURA E VELHICE

**Os ganhos no processo de envelhecimento pós reforma
psiquiátrica (Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira – Campinas/SP)**

**Dissertação apresentada como requisito
à obtenção do grau de Mestre em
Gerontologia, Programa de Pós-
Graduação em Gerontologia, Curso de
Mestrado, Faculdade de Educação.**

**Orientadora: Profa. Dra. Olga Rodrigues
de Moraes von Simson**

**CAMPINAS
2005**

AGRADECIMENTOS

A gratidão é um dos sentimentos mais nobres do ser humano. Para realizar uma pesquisa como esta foi preciso muita colaboração, boa vontade, disponibilidade, generosidade e doação de diversas pessoas, que aqui deixo registrado o meu muito obrigado, na tentativa de ser nobre, tanto quanto foram todos esses meus colaboradores.

Muito obrigado a todos os meus depoentes do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, com quem pude construir uma relação muito mais próxima, transformando nosso contato para além do profissional, para uma relação de amizade, cheia de carinho e respeito. Obrigado à Silvana Borges, Silvio Burza, Carlos Alberto da Silva Duarte, José Marques, Luiz Antônio Businaro, Anita Del Piani, Maria José de Oliveira, Marlene Diniz, João da Silva Leme, Divino Pereira Dias e Maria Darcie Tucci (in memorian).

Obrigado a meus informantes colaboradores – funcionários, ex-funcionários, filantropos, diretores e vizinhos – que me ajudaram a compreender melhor o universo pesquisado. Obrigado a Luiz Renato Ferreira do Amaral, Carlos Ferreira de Barros, Antônio Fontoura Amaral, Iara Ferreira de Barros, Alcides Ciello, Luiz Gasparin, Sandrina Kelen Indiani, Cornélia Vlieg, Maria Alves Cordeiro, Márcio Alexandre Ferreira de Azevedo, Javier Vasquez e Antônio Orlando (in memorian).

Muito obrigado aos dirigentes, funcionários e usuários do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, que confiaram no meu trabalho de pesquisador e, sempre solícitos, facilitaram a realização do trabalho. São muitas pessoas e seria injusto esquecer o nome de algum de vocês, por isso deixo aqui meu obrigado generalizado, com pedidos de aceite individual por parte de cada um.

Quero agradecer meus familiares – avós, pais, tios, irmã, sobrinhos – com quem posso aprender a cada dia um pouco mais sobre a vida, e que me completam de afeto. Agradeço especialmente a meus avós Ana Bocamino e Arlindo Gaino (in memorian), com quem pude partilhar momentos sublimes como neto; e a meus pais Manoel Moreira (in memorian) e Santina Gaino Moreira, que sempre me apoiaram em minhas decisões, mesmo se às vezes

sem entender, ou que essas não fossem exatamente aquelas que desejavam para mim. Obrigado pela liberdade.

Muito obrigado a meus amigos, com quem posso partilhar a vida pelos caminhos tantos, que conviveram e me agüentaram esses anos todos em que estive mergulhado nessa pesquisa. Obrigado pelo carinho a Marcelo Perez, Marli Bruno Franco, Márcio Azevedo, Sandrina Indiani, Alba Araújo, Rosana Rovedo, Osmundo Pinho, Cláudia Manso e Luiz Contro. Obrigado a André da Silva Vieira e Dina de Aquino Silva, pelo profissionalismo, dedicação, empenho e colaboração nas transcrições, edição de imagens e revisão deste trabalho.

Obrigado aos fotógrafos V-8, Antônio Miranda, João Falchi Trinca, Regiane Trevisan Pupo, e todos os fotógrafos anônimos, realizadores dos registros imagéticos dos arquivos institucionais, pelas belas fotos, com as quais tive oportunidade de trabalhar.

Agradeço aos poetas do Cândido, que me concederam o uso de suas poesias na aberturas dos capítulos dessa dissertação. Obrigado Marlene Diniz, Silvana Borges, Tereza Estaque, Lázaro Roberto Mori e Daniel Alves Ferreira.

Muito obrigado a Marcelo, pela clipagem espontânea realizada sobre os assuntos da terceira idade e a Ângelo Friestino, pelo empréstimo de reportagens sobre a cidade de Campinas.

Obrigado a todos os professores, funcionários e colegas da Gerontologia da Unicamp, com quem pude partilhar bons momentos de aprendizado e convivência. Deixo aqui um obrigado especial às professoras Anita Liberalesso Neri e Guita Grin Debert, e à amiga Roberta Boaretto.

Agradeço às minhas bancas de qualificação e defesa do mestrado, que demonstraram um profundo respeito ao meu trabalho e contribuíram profundamente para nortear os rumos de minha pesquisa. Obrigado aos professores Jaime Lisandro Pacheco, Neusa Maria Mendes de Gusmão, Zula Garcia Giglio, Margareth Brandini Park e Fernando Tacca.

Meu muito obrigado à minha orientadora, professora Olga Rodrigues de Moraes von Simson. Nossa relação foi muito além de orientação acadêmica, extrapolando para uma orientação de vida. Obrigado por ter permitido partilhar com você momentos tão ricos de aprendizado e ver que por detrás do ídolo, que a mim representa, existe uma das pessoas mais generosas que conheci em minha tenra vida acadêmica. Obrigado pela confiança que teve em minha

capacidade, pela liberdade de criação que me deu, e por tão preciosas orientações. Te reverencio e agradeço: muito obrigado Olga!

E por fim, sou grato à vida, que me levou a realizar o mestrado no curso de Gerontologia. Eu, que nunca havia imaginado estudar sobre envelhecimento, acabei me apaixonando pelo tema e hoje dou aulas sobre o assunto. O curso de Geronto foi muito mais que formação acadêmica, foi formação de vida, pois me fez refletir sobre minha existência e meu processo de envelhecimento, e para mim, envelhecer é viver. Obrigado aos deuses, ao destino e às energias, que me trouxeram até aqui!

DEDICATÓRIA



Detalhe da foto Tango, ensaio Um Outro Olhar, com o usuário/modelo Joaquim Pedro, acervo do autor

Dedico este trabalho a todos os usuários de saúde mental do mundo. A superação dos problemas é possível e os depoimentos que se encontrarão no interior desta pesquisa é prova disso. A todos vocês, deixo aqui a letra de uma das obras-primas do grande Chico Buarque de Holanda, que tanto me inspirou a dar início aos escritos desta pesquisa, um ode à matéria-prima dos escritores, professores, comunicadores...

“Uma palavra

Palavra prima

Uma palavra só, a crua palavra

Que quer dizer

Tudo

Anterior ao entendimento, palavra

Palavra viva

Palavra com temperatura, palavra

Que se produz

Muda

Feita de luz mais que de vento, palavra

Palavra dócil

Palavra d’água pra qualquer moldura

Que se acomoda em balde, em verso, em mágoa

Qualquer feição de se manter palavra

Palavra minha

Matéria, minha criatura, palavra

Que me conduz

Mudo

E que me escreve desatento, palavra

Talvez, à noite

Quase-palavra que um de nós murmura

Que ela mistura as letras que eu invento

Outras pronúncias do prazer, palavra

Palavra boa

Não de fazer literatura, palavra

Mas de habitar

Fundo

O coração do pensamento, palavra”

Francisco Buarque de Holanda (disco “Uma Palavra”)

RESUMO

A pesquisa investiga os ganhos e as perdas dos idosos, moradores do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira - uma instituição psiquiátrica localizada no interior de São Paulo - após a implementação da reforma psiquiátrica. Com a utilização da Metodologia da História Oral, foram coletados registros das pluralidades de memória dos velhos e de informantes colaboradores.

As pessoas consideradas "normais" na sociedade ocidental, pertencentes a uma família e rede social, apresentam um declínio, com perdas sociais e cognitivas consideráveis quando envelhecem. Na contramão deste declínio, a pesquisa mostra que a maioria dos idosos desta instituição tiveram ganhos sociais importantes, como aumento de qualidade de vida, justamente na velhice de suas vidas. Estas pessoas que passaram a vida apartadas de direitos e convívio social, somente na velhice iniciam o processo de ressocialização, conquistando documentação, moradia, trabalho, benefício social e uma vida minimamente digna. Apesar disso, ainda existem na instituição idosos com problemas clínicos que não conseguiram desfrutar dos benefícios desta reforma, pois os recursos financeiros são escassos.

A instituição inaugurada em 1924, passou por todos os tipos de tratamento manicomial. No ano de 1990 iniciou-se a reforma psiquiátrica: grades foram retiradas, portas foram abertas, foi abolido o uso da camisa de força, do eletrochoque e o uso indevido de medicamentos. A forma mais humanizada de tratar deu início à capacitação dos internos para um possível convívio social.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	9
CAPÍTULO 1	
A METODOLOGIA DA PESQUISA.....	34
CAPÍTULO 2	
MEMÓRIA, LOUCURA E VELHICE.....	89
CAPÍTULO 3	
O SERVIÇO DE SAÚDE DR. CÂNDIDO FERREIRA.....	125
CAPÍTULO 4	
SUJEITOS DA PRÓPRIA HISTÓRIA.....	234
CONCLUSÃO.....	266
BIBLIOGRAFIA.....	269

INTRODUÇÃO



Margarida Nascimento posa para o ensaio Um Outro Olhar, no ano de 1997 - acervo do autor

Felicidade

Eu quero um conjunto,
Uma bota de “bate pi” para eu dançar,
Um chapéu vermelho para eu sambar
Uma calça agarrada
Com cinto e uma placa, se tiver
Eu quero uma aliança de ouro
Que eu perdi no CAPS
Um colar
Uma saia para dançar
Um microfone
Para eu ficar parecida
Com uma cantora e uma atriz
E subir no palco
E aí vão chamar o meu nome: Marlene Diniz
Para cantar
Porque no passado eu não cantei
Com banda de música
E um cabelo preso
Uma festa no Natal e Ano Novo
Bola de Natal para enfeitar aqui
E amigos
Uma carta
Meu amor
E a música "Diana"
Você quer meu amor
Coração te amo, te quero
Namoro ou amizade
Os dois dançando
E tem que ganhar flor

Marlene Diniz (57 anos, é uma das depoentes desta pesquisa e atualmente reside numa "Moradia Assistida")

Faço um convite ao leitor para desatar os nós das possíveis camisas de força que foram colocadas em cada um, por tantas pressões sociais, por tantos conceitos e preconceitos que nossa cultura possa ter inculcado. Peço licença ao leitor para que desligue nossas mais modernas máquinas de eletrochoque: os celulares, os computadores, as televisões... para que possa sintonizar-se nesse novo universo que pretendo apresentar. Sem querer ser autoritário e nem invasivo, convido o leitor a romper as grades e os muros presentes em nós. É para o universo da loucura que esta dissertação pretende levá-los, pelas mãos de velhos portadores de transtornos mentais, alguns que viveram grande parte de suas vidas nos pátios de manicômios, mas hoje residem em moradias assistidas pelo Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira; outros que não viveram no hospício, e se tornaram usuários deste serviço após a implantação da reforma psiquiátrica; e ainda outros que não só viveram suas vidas no interior dos pátios manicomial, como até hoje se encontram numa ala do referido serviço, a espera de recursos públicos suficientes que possam tirá-los desta condição. Este universo, aqui poetizado por Marlene Diniz, revela quantos desejos estes usuários¹ do serviço ainda possuem, o quanto esperam, o quanto resistem.

Objetivo principal

O objetivo principal a que a dissertação “Memória, Loucura e Velhice – ganhos no processo de envelhecimento pós reforma psiquiátrica (Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira – Campinas/SP) se propõe é pesquisar sobre possíveis ganhos dos idosos que realizam seu tratamento de saúde mental nesta instituição. As pessoas consideradas "normais" em nossa sociedade ocidental, pertencentes a uma família, com netos, bisnetos, ou mesmo solteiras, pertencem a uma rede social. Segundo estudos gerontológicos, essas pessoas apresentam um declínio crescente quando envelhecem, com

¹ O termo usuário de saúde mental substitui a palavra “louco” ou doente mental. Essa nova forma de tratamento é uma exigência do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial e dos demais participantes do II Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, ocorrido em novembro de 1995, em Belo Horizonte.

perdas sociais, cognitivas e emocionais em diversos campos de suas vidas. Esta dissertação tem o intuito de questionar se, ao revés deste declínio, os idosos do Serviço de Saúde "Dr. Cândido Ferreira" tiveram ganhos ou ressarcimentos sociais importantes, que podem ser considerados melhorias na sua qualidade de vida, justamente na fase da velhice, no ocaso de suas vidas. Muitos desses idosos passaram a vida apartados de direitos e convívio social. Uma vez que o Cândido Ferreira tem sua inauguração datada de 1924 e a reforma psiquiátrica implantada no serviço teve início a partir de 1990, a população que lá se encontrava em tratamento, já estava, em sua maioria, idosa. A pesquisa pretende questionar se todos os idosos se beneficiaram do processo de ressocialização, no tocante à obtenção de documentação, moradia, trabalho, benefício social e uma vida minimamente digna. A pesquisa busca verificar se a velhice dos antigos internos do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira foi marcada por ganhos ou por perdas, a partir do momento em que se inicia o processo de humanização do tratamento em saúde mental nesta instituição.

Objetivos secundários

A pesquisa tem por objetivo secundário ressarcir uma dívida social com esta parcela da população e revelar aos olhos da Gerontologia um novo tipo de idoso, que vivenciou uma realidade diferente daquela dos cidadãos tidos como "normais". Esta dissertação tem o intuito de reconstruir a história de vida dos idosos da instituição, que pode representar também aspectos da vida de idosos com problemas semelhantes, moradores de outras instituições psiquiátricas. O registro destas histórias de vida numa pesquisa acadêmica tem por objetivo trazer memórias subterrâneas ou marginais², ainda não construídas, e transformá-las em memórias oficiais, transpondo a experiência desta

² POLLAK, Michel. *Memória, Esquecimento e Silêncio*, in Estudos Históricos 1989/3, Associação de Pesquisa e Documentação Histórica. São Paulo, Editora Revista dos Tribunais, 1988.

população idosa para os registros da história oficial, e, por conseguinte, reconstruir também a memória da instituição psiquiátrica.

A construção da pesquisa

O trabalho de campo teve como objetivo secundário registrar as pluralidades de memória de diversos atores, envolvidos com a criação e funcionamento do antigo "Sanatório Dr. Cândido Ferreira" e com as modificações no processo de envelhecimento no atual "Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira", após o início da implementação da reforma psiquiátrica. Vinte e três entrevistas foram realizadas, entre os idosos que relembrou seu passado e com outros atores do processo, como funcionários, filantropos e vizinhos, que contribuíram com informações para melhor elucidar o tema proposto.

Foi realizada uma pesquisa nos arquivos da instituição para levantamento de fotografias antigas que pudessem contribuir para o entendimento e a reconstrução das histórias dos idosos. A partir das fotografias encontradas nestes arquivos, foram realizados registros fotográficos atuais, no intuito de montar um álbum que dispusesse as fotos lado a lado, facilitando o trabalho de comparação do período antes e pós reforma psiquiátrica, com o objetivo de registrar imagetivamente, através das imagens fotográficas, os impactos desta reforma no processo de envelhecer das pessoas portadoras de sofrimento mental. Além da realização deste álbum comparativo, foram realizados registros fotográficos de todos os idosos entrevistados e colaboradores na tentativa de ressarcir o direito à imagem destas pessoas, e reconstruir uma memória a partir do presente imagético. Um trabalho de pesquisa no Centro de Memória da Unicamp foi realizado com o objetivo de revelar imagens de Campinas em 1924, ano em que se fundava o Sanatório Dr. Cândido Ferreira, com intuito de contextualizar o serviço na cidade e, mais especificamente, no distrito de Sousas.

Para atingir os objetivos propostos, o pesquisador saiu a campo para ouvir dos depoentes colaboradores a reconstrução de suas trajetórias de vidas, registrando-as e analisando-as. A metodologia utilizada para a realização deste trabalho foi a Metodologia da História Oral. Um instrumento complementar utilizado na pesquisa de campo foi a Fotografia, que se colocou neste trabalho como um instrumento detonador da memória destes velhos. Além dos depoentes idosos, o pesquisador também registrou informações de diversos atores participantes do processo da reforma psiquiátrica nesta instituição, que trazem uma pluralidade de memórias para a reconstrução de cenários e histórias. No decorrer da dissertação, o leitor encontrará um capítulo específico sobre a metodologia empregada.

A necessidade de construir a pesquisa a partir de duas populações de entrevistados – a de ex-internos e a de pessoas envolvidas no processo da reforma psiquiátrica – tem um aspecto complementar fundamental para o entendimento do tema proposto. Os ex-internos do Cândido Ferreira vivenciaram na própria pele toda a transformação, e nas entrevistas revelaram os sentimentos, a percepção e o envolvimento afetivo deles sobre este processo. Já os colaboradores – funcionários, vizinhos, filantropos – puderam situar em termos de tempo, quantidade e fases do processo, fornecendo apoio em datas, eventos e periodização, de uma maneira mais lógica e racional, o que não seria possível para a maioria dos ex-internos. A necessidade complementar de dados afetivos e lógicos destas duas populações enriquece o trabalho. Se a pesquisa fosse realizada somente com entrevistas dos colaboradores, além de se ter uma visão oficial do processo, não se teria idéia dos sentimentos causados pelos impactos da reforma psiquiátrica, vivenciada pelos ex-internos.

Memória, Loucura e Velhice

A pesquisa foi realizada tomando por base conceitos advindos da literatura científica que enfoca os temas: memória, loucura e velhice. Estas três pilstras mestras permitiram analisar os relatos dos idosos do Serviço de

Saúde Dr. Cândido Ferreira. Em termos temporais, a pesquisa toma como fases distintas o antes (1924 a 1989) e o depois da reforma psiquiátrica (1990 a 2005). Com estes conceitos e este norteador cronológico, a pesquisa pretendeu questionar os possíveis ganhos de qualidade de vida dos idosos, que realizam seus tratamentos nesta instituição, enfocados através de três grupos: os ainda residentes na instituição, os que foram instalados na comunidade e aqueles que sempre moraram com seus familiares.

Memória

A memória dos entrevistados será enfocada sob uma abordagem histórica e sociológica, portanto as funções cognitivas, psicológicas e biológicas da memória não serão tratadas aqui. O que interessa para a realização deste trabalho é a reconstrução das histórias de vida, a partir da rememoração das vivências de cada idoso, e dos informantes colaboradores sobre este processo de envelhecimento por eles observado. A memória é a principal matéria-prima da metodologia da história oral, empregada nesta pesquisa. Pelo dinamismo constante da memória, o presente é determinante na rememoração de fatos passados. É a partir do momento presente que se dá o processo de recordação³ (colocar de novo no coração).

A definição para memória nesta dissertação é apresentada por von Simson, em seu artigo “Memória, Cultura e Poder na Sociedade do Esquecimento – O exemplo do Centro de Memória da Unicamp”:

“Memória é a capacidade humana de reter fatos e experiências do passado e retransmiti-los às novas gerações, através de diferentes suportes empíricos (voz, música, imagem, textos, etc.)” von SIMSON (2000 : 64)

³ Resgate - Revista de Cultura no. 3 - Adélia Bezerra de Meneses - "Memória de Ficção" - pp 9 a 15.

Ainda, segundo von Simson, há diferentes tipos de memória: memória individual, memória coletiva e memória subterrânea ou marginal. A principal memória dos depoentes, objeto de estudo da pesquisa, os idosos que se tratam no Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, pertence à categoria de memórias subterrâneas ou marginais, que se opõem à memória coletiva, ou seja, à memória oficial da sociedade mais ampla⁴, aceita e imposta pelo grupo dominante. Pela marginalização sofrida por esta população estudada, suas memórias ficaram guardadas, à margem dos registros oficiais. von Simson define as memórias subterrâneas ou marginais como:

“... as que correspondem a versões sobre o passado dos grupos dominados de uma dada sociedade. Estas memórias geralmente não estão monumentalizadas e nem gravadas em suportes concretos como textos, obras de arte e só se expressam quando conflitos sociais as evocam ou quando os pesquisadores que se utilizam do método biográfico ou da história oral criam as condições para que elas emerjam e possam ser registradas, analisadas e passem, então, a fazer parte da memória coletiva de uma dada sociedade” von SIMSON (2000 : 64 e 65)

Esta transposição da memória subterrânea ou marginal para a memória coletiva – registros oficiais – é parte dos objetivos da pesquisa, como já foi apontado anteriormente, o que cria um compromisso para o pesquisador de divulgar os resultados da investigação, não só no mundo acadêmico, mas também na sociedade mais ampla.

A memória coletiva também será abordada nesta pesquisa, uma vez que ao se pesquisar sobre a instituição, faz-se necessário uma pesquisa sobre a repercussão do trabalho da instituição na cidade de Campinas, no Brasil e no exterior, que servirá para contextualização histórica e social deste serviço de saúde na sociedade mais ampla. Além disso, as fotografias pesquisadas nos

⁴ Halbwachs, Maurice. *La mémoire collective*. Paris: PUF, 1956.

arquivos institucionais mostram o que era importante se fotografar, segundo a fase vivida pela instituição, evidenciando aspectos da arquitetura, as instalações, dos prédios, da presença e ausência das pessoas, etc. Outra fonte de memória coletiva utilizada nesta pesquisa serão os livros e trabalhos científicos produzidos sobre o Cândido Ferreira, que servirão de base para análise dos dados. A memória coletiva, von Simson define como:

“... aquela formada pelos fatos e aspectos julgados relevantes e que são guardados como memória oficial da sociedade mais ampla. Ela geralmente se expressa naquilo que chamamos de lugares da memória que são os monumentos, hinos oficiais, quadros e obras literárias e artísticas que expressam a versão consolidada de um passado coletivo de uma dada sociedade” von SIMSON (2000 : 64)

Segundo von Simson:

“A memória individual que é aquela guardada por um indivíduo e se refere às suas próprias vivências e experiências, mas que contém também os aspectos da memória do grupo social onde ele se formou, isto é, onde este indivíduo foi socializado” von SIMSON (2000 : 64)

A reconstrução da história por meio da memória dos idosos depoentes e colaboradores informantes, a que essa pesquisa se propõe, levará em consideração a construção social e coletiva das lembranças. Esta reconstrução da trajetória da instituição pretende mostrar as diversas versões sobre o passado, tomando como fonte quem o vivenciou. Michel Pollak nos chama atenção em seu artigo “Memória e Identidade Social”, sobre o fato da memória individual ser também fruto de uma construção coletiva:

“A priori, a memória parece ser um fenômeno individual, algo relativamente íntimo, próprio da pessoa. Mas Maurice Halbwachs, nos anos 20-30, já havia sublinhado que a memória deve ser entendida também, ou sobretudo, como um fenômeno coletivo e social, ou seja, como um fenômeno construído coletivamente e submetido a flutuações, transformações, mudanças constantes”. POLLAK (1992 : 201)

Ratificando esta consideração sobre construção coletiva da memória, o autor responde ao questionamento sobre quais são os elementos constitutivos da memória individual e coletiva, afirmando:

“...Em primeiro lugar, são os acontecimentos vividos pessoalmente. Em segundo lugar, são os acontecimentos que eu chamaria de “vividos por tabela”, ou seja, acontecimentos vividos pelo grupo ou pela coletividade à qual a pessoa sente pertencer”. POLLAK (1992 : 201)

Esta pesquisa tem o intuito de reconstruir a memória da instituição em questão, a partir da voz de quem a vivenciou. Esta nova ótica sobre a história oficial, por meio das memórias dos depoentes, faz com que se busque conexões entre a História e a memória. Algumas conclusões sobre esta ligação são apresentadas pela historiadora Janaína Amado, em seu artigo “O Grande Mentiroso: Tradição, Veracidade e Imaginação em História Oral”, em que a autora declara:

“História e memória, entretanto, mantêm tantas relações entre si, que é até difícil pensá-las separadamente: ‘recordar é viver’, como ensinava o antigo samba. A memória torna as experiências inteligíveis, conferindo-lhes significados. Ao trazer o passado até o presente, recria o passado, ao mesmo tempo que o projeta no futuro; graças a essa

capacidade da memória de transitar livremente entre os diversos tempos, é que o passado se torna verdadeiramente passado, e o futuro, futuro, isto é: dessa capacidade da memória brota a consciência que nós, humanos, temos do tempo. Esta, por sua vez, permite-nos compreender e combinar, de muitos modos, as fases em que dividimos o tempo, possibilitando-nos, por exemplo, perceber ‘o passado diante de nós’”. AMADO (1995 : 132)

Loucura

Esta pesquisa enxergará a loucura sob o ponto de vista de um fenômeno social, produzido a partir da categorização deste fenômeno como doença mental. Historicamente a loucura passou para os domínios do saber médico, depois de ter sido tratada como possessão pela Igreja Católica. Neste contexto de “doença mental” é que se passa o período pesquisado nesta dissertação (1924 a 2005). Apesar da pesquisa tomar a loucura como “doença mental”, para o estudo em questão não será relevante saber os diagnósticos e evoluções clínicas e psíquicas dos velhos estudados. Para a pesquisa o que importará é o fenômeno social de marginalização que este diagnóstico provocou em suas vidas, a partir do momento em que foram internados num hospital psiquiátrico.

O entendimento médico sobre o diagnóstico da loucura, transformando-a em doença, será apresentado historicamente, nos diversos modos que a sociedade, desde a Idade Média, tratou a loucura. No caso desta pesquisa, uma vez que a grande maioria das pessoas pesquisadas passou grande parte da vida apartada da sociedade nos pátios dos manicômios, sendo considerada “louca” pela sociedade, o pesquisador enxergará estes velhos, como pessoas duplamente marginalizadas. Marginalizadas por serem velhas e por serem consideradas loucas, incapazes, imbecis, insanos e uma infinidade de adjetivos empregados para designar estas pessoas.

A loucura aqui será tratada não como fator de exclusão social, e sim de marginalização social, por entender que quando se emprega a palavra excluído

entende-se que este indivíduo está fora da sociedade. A pesquisa entende que não existem pessoas fora da sociedade, mas à margem desta sociedade. Os marginalizados, os que não participam das decisões sociais, não serão aqui tratados como excluídos, mas incluídos num regime de segregação que os impede ou dificulta de serem cidadãos com plenos direitos e deveres.

A dificuldade de definição de loucura na atual sociedade pode ser observada numa pesquisa⁵ realizada entre jovens universitários e pré-universitários, na cidade de São Paulo. Nesta pesquisa os jovens entenderam loucura como um estado de perda de consciência de si no mundo que condena à pessoa a existir à maneira de uma coisa. Outra qualificação da loucura neste caso foi apontada como doença, ou ainda, como um desequilíbrio emocional de uma pessoa, cujo efeito é um desvio do comportamento, ou falta de ajustamento, em relação a normas sociais. Entre os jovens, a loucura ainda foi apontada como a fuga da realidade, em oposição com a definição feita pelo mesmo grupo em que a loucura é uma tomada de consciência de si e do mundo, uma rejeição de um mundo pré estabelecido e moldado normalmente.

A história revela vários procedimentos relativos à loucura e sua evolução no decorrer dos séculos. Na dissertação "Reflexões sobre os Procedimentos Institucionais com a Memória Individual e com a Memória Institucional em duas Instituições totais: Manicômio Judiciário do Estado de São Paulo e Hospital do Juqueri", Cenise Monte Vicente apresenta um estudo sobre a evolução histórica dos modos de tratar a loucura em sociedade. Seu trabalho revela que no final do século XV, em países da Europa, como a França e a Inglaterra, aconteceu um combate à ociosidade e à vagabundagem, legitimado por penas e prisões para aqueles que se opunham a participar do sistema de produção. No século XVIII, pós Revolução Francesa, os Hospitais Gerais que cuidavam das diversas enfermidades (os inválidos pobres, os velhos de miséria, os mendigos, os desempregados opiniáticos, os portadores de doenças venéreas, libertinos de toda espécie, pessoas a quem a família ou o poder real queriam evitar um castigo público, pais de família dissipadores, eclesiásticos em infração, em resumo, todos aqueles que, em relação à ordem da razão, da moral e da sociedade dão mostras de 'alteração") desenvolveram

⁵ FRAYZE-PREIRA, João A. *O que é Loucura*. São Paulo, Abril Cultural : Brasiliense, 1985.

"um serviço de assistência, onde os ex-internos passaram a ser atendidos em casa, com exceção dos loucos". VICENTE (1988 : 38)

Segundo Vicente, a França, a Itália, os Estados Unidos e a Inglaterra, pioneiros da instituição psiquiátrica,

... "não romperam com as antigas práticas do internamento dos Hospitais Gerais e das Workhouses, baseados na vigilância, na disciplina, no trabalho forçado e em violentas contenções físicas. E não ruíram todas as amarras materiais que acorrentavam os loucos. Ameaças, castigos, privações alimentares, humilhações e todo um sistema, onde o alienado era simultaneamente infantilizado e considerado culpado, foi sendo instituído". VICENTE (1988 : 38)

Segundo Foucault, em seu livro "A História da Loucura",

"O louco tinha que ser vigiado nos seus gestos, rebaixado nas suas pretensões, contradito no seu delírio, ridicularizado nos seus erros". FOUCAULT (1984 : 82)

E demonstra que

"O conceito de doença mental tem, portanto, menos de trezentos anos de história. Antes do século XVIII, os comportamentos, hoje considerados doentios, eram atribuídos a

possessões e eram da competência da Igreja". FOGAULT (1984 : 75)

O trabalho de Cenise Vicente aponta que em meados do século XIX mudanças históricas como

"a deterioração das condições de vida nas cidades, os movimentos migratórios, a necessidade de manter a ordem urbana associada a novas condições de trabalho devidas à industrialização... fizeram com que a população dos hospícios crescesse num ritmo vertiginoso, transformando as instituições em macro-estruturas". VICENTE (1988 : 41)

O reflexo desta constatação histórica pode ser observado no Brasil, no Estado de São Paulo:

"... a história da psiquiatria paulista nasce praticamente com o Juqueri em 18 de maio de 1898, embora em 14 de maio de 1852 tivesse sido fundado o primeiro hospício de São Paulo, o Asilo Provisório de Alienados da Cidade de São Paulo, e em 10 de março de 1862, o asilo tenha passado para a Várzea do Carmo, atual Parque Dom Pedro II". VICENTE (1988 : 12)

Em Campinas, a institucionalização da loucura teve seu marco com a implantação da República do Brasil. Neste momento histórico, há uma maior preocupação com a incrementação dos aparelhos disciplinadores e de vigilância. Na cidade conturbada por imigrantes, negros libertos e outras populações marginalizadas surge a necessidade de manter a ordem e as ruas limpas de desocupados, como afirmação do modelo republicano.

O jornal *Comércio de Campinas* publicou em 17 de abril de 1921:

"Para darmos uma pequena idéia do quão grande é a necessidade de se construir o Hospício, basta dizer que existe atualmente na Cadea Pública 11 dementes e que, neste três últimos anos, lá faleceram 11 infelizes atacados das faculdades mentais". MASCARENHAS (1999 : 15) ⁶

Velhice

Antes de focarmos a questão de como a velhice será tratada nesta pesquisa, faz-se necessário esclarecer as diferenças entre envelhecimento, velhice e velho. Utilizando a definição de Mateus Papaléo Netto, no Tratado de Geriatria e Gerontologia, em seu artigo O Estudo da Velhice no Século XX: Histórico, Definição de Campo e Termos Básicos, podemos diferenciar estes termos da seguinte forma:

"O envelhecimento (processo), a velhice (fase de vida) e o velho ou idoso (resultado final) constituem um conjunto cujos componentes estão intimamente relacionados". PAPALÉO NETTO (2002 : 10)

O velho nesta pesquisa será tratado, antes de mais nada, como pessoa, cidadão pleno de direito e deveres. Embora a velhice traga para a maioria dos indivíduos uma situação de marginalização social bastante intensa segundo a cultura da sociedade ocidental, tomaremos como princípio básico o artigo 6º. da Declaração Universal dos Direitos Humanos, promulgada e publicada em 1948, que declara:

⁶ No capítulo História do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira este tema será retomado.

“Toda pessoa tem o direito de ser, em todos os lugares, reconhecida como pessoa perante a lei”.

Apesar de causar certo estranhamento, a difícil tarefa dos idosos é ter que provar à sociedade constantemente o quanto estão vivos e capazes. Continuar sendo uma pessoa na velhice requer uma militância por parte dos idosos, ou dos que por eles lutam. Na apresentação do livro de Ecléa Bosi, *Memória e Sociedade – Lembrança de Velhos*, Marilena de Souza Chauí questiona:

“Que é ser velho?, pergunta você. E responde: em nossa sociedade, ser velho é lutar para continuar sendo homem. ...Que é, pois, ser velho na sociedade capitalista? É sobreviver”. BOSI (2003 : 18)

É no sentido de “quebrar a conspiração do silêncio”⁷ que esta pesquisa pretende apresentar seu olhar sobre o ser velho, respeitando sua subjetividade e sua identidade, neste caso, especificamente a dos idosos que viveram a maior parte de suas vidas isolados no confinamento dos manicômios.

Para considerar uma pessoa idosa, a geriatria e a gerontologia discutem o conceito de idade biológica e idade cronológica. A sociedade ocidental pensa os indivíduos a partir das idades que se tem. A cronologia é que determina o momento de ingresso na vida escolar, a prestação do serviço militar, o momento de tirar a carta de motorista, o título de eleitor, e assim sucessivamente, até a idade para se aposentar. A dificuldade de avaliação da idade biológica das pessoas faz com que este tempo de medida cronológica seja determinante no decorrer da vida. Segundo Papaléo Netto:

⁷ BEAUVOIR, Simone. **A Velhice Realidade Incomoda**. São Paulo, Difusão Européia do Livro, 1970.

“O limite de idade entre o indivíduo adulto e o idoso é 65 anos para as nações desenvolvidas e 60 anos para os países em desenvolvimento. É este critério cronológico que é adotado na maioria das instituições que procuram dar aos idosos atenção à saúde física, psicológica e social. Sob alguns aspectos, principalmente legais, no entanto, o limite é de 65 anos também em nosso país.

...embora as manifestações de velhice sejam bem claras, não se pode afirmar que elas são exclusivamente dependentes do envelhecimento primário ou senência, ou se são resultantes de outros fatores, que em seu conjunto, tornam difícil a mensuração da idade biológica”.

PAPALÉO NETTO (2002 : 09)

Os idosos do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira ouvidos nesta pesquisa, muitas vezes, não apresentam idade cronológica de 60 ou 65 anos. Mas a idade biológica de quem sobreviveu ao tipo de tratamento psiquiátrico manicomial, propiciador de sérios efeitos colaterais, é antecipada, pois esse viver no manicômio fez com que estas pessoas envelhecessem mais rapidamente, apresentando sinais precoces de senência. Na análise de Papaléo Netto:

“Às manifestações somáticas da velhice, que é a última fase do ciclo da vida, as quais são caracterizadas por redução da capacidade funcional, calvície e redução da capacidade de trabalho e da resistência, entre outras, associam-se perdas dos papéis sociais, solidão e perdas psicológicas, motoras e afetivas. Na maioria das pessoas, tais manifestações somáticas e psicossociais começam a se tornar mais evidentes já a partir do fim da terceira década da vida, ou seja, muito antes da idade cronológica que demarca socialmente o início da velhice. É preciso esclarecer que essas manifestações são facilmente observáveis quando o processo que as determina encontra-se em toda sua plenitude. Deve ser assinalado que não há uma

consciência clara de que, através de características físicas, psicológicas, sociais e culturais e espirituais, possa ser anunciado o início da velhice". PAPALÉO NETTO (2002 : 10)

Todos os apontamentos sobre velhice feitos até o momento devem levar em consideração a subjetividade e a identidade do idoso, a construção de tempo interno de cada indivíduo, em contraposição ao tempo cronológico – externo – no qual imprimi-se sobre o sujeito com maior idade um estigma, desconsiderando a heterogeneidade dos idosos. A psicóloga Elisabete Mercadante, em seu artigo A Identidade e a Subjetividade do Idoso, escrito para a Revista Kairós, analisa estas questões:

“Há uma surpresa, pra o sujeito, de se ver classificado com um velho, e essa surpresa ocorre porque não há uma vivência interna da velhice. Sempre se é velho a partir do olhar dos outros. A surpresa que ocorre entre os sujeitos classificados como velhos ocorre pela defasagem que se dá entre o corpo-aparência e a experiência interna vivida.

Nessa discrepância entre o interno e o externo, uma ênfase maior se dá ao externo e, este passa então a ordenar o interno. Velhice, passa a ser, assim, uma categoria cronológica externa, que classifica os indivíduos. Mede-se por um tempo externo (anos, meses, dias, horas) toda uma experiência vivida dos sujeitos. Não se concebe nem tampouco se compreende o tempo como sendo o sujeito humano”.
MERCADANTE (1998 : 61)

A contradição entre os tempos interno e externo vivenciados pela pessoa pode levar ao entendimento da velhice como um estigma:

“As qualidades atribuídas aos velhos, que vão definir o seu perfil identitário, são estigmatizadoras e são uma produção ideológica da sociedade”. MERCADANTE (1998 : 63)

Tendo como norte estas noções sobre Memória, Loucura e Velhice, acima explicitadas, o que se pretende discutir nesta dissertação é a pluralidade das memórias desses idosos, segundo a forma de inserção no Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira e segundo categorias sociais que podem provocar olhares diversos sobre o passado – gênero, classe social, etnia, formação educacional e a sua própria percepção de velhice.

Memorial de Vida

O leitor pode estar se perguntando o por que de um jornalista ter se interessado por este mergulho, numa pesquisa sobre memória de velhos considerados loucos. Qual elo de ligação teria este objeto de pesquisa com os interesses pessoais e profissionais deste jornalista.

Num exercício de memorização, de aplicação de parte da metodologia que será empregada nesta pesquisa, fiz um exercício de olhar para mim mesmo e encontrar estes motivos, estes elos, estas conexões. Eis que aqui vos ofereço, caro leitor, um memorial de vida.

É bastante complexo e difícil desenvolver um memorial. Falar de nossa história de vida, e ainda associada ao tema pesquisado, não é uma tarefa simples, pois requer auto-conhecimento e um esforço reflexivo intenso sobre a própria trajetória. Visões de quem sou eu, de onde vim e como cheguei até aqui é o que pretendo escrever nas linhas que se seguem. Estas reflexões são pautadas no que eu sou hoje, no auto dos meus 37 anos, com a compreensão de que tudo muda, tudo se transforma, e daqui algum tempo talvez escrevesse esse memorial de outra forma, com outras compreensões, pois como cantava o poeta Raul Seixas, somos todos um pouco "metamorfoses ambulantes".

Nasci numa família de classe média, no interior do Estado de São Paulo, numa cidade chamada São José do Rio Pardo, num cair da tarde, mais precisamente às 18:15h, no dia 29 de agosto, do ano de 1967. O sol se punha para a lua quando cheguei ao mundo, cheguei no fim de um dia, no início de uma noite, e aqui talvez esteja minha primeira relação com a Gerontologia, com o processo de envelhecimento, quando as forças energizantes do sol abrem espaço para o sereno suave do luar - foi exatamente neste momento de uma estação de inverno que eu nasci.

Sou filho nascido caçula de Santina Gaino Moreira e Manoel Moreira, após sete anos de vida de minha irmã, Sônia Regina. Sou fruto da imigração portuguesa, italiana e espanhola. Quando digo de minha descendência, me defino uma mistura 50% italiana, 25% espanhola e outros 25% portuguesa, o que somado me forma: 100% brasileiro.

Minha mãe é neta de imigrantes italianos, da família Gaino, por parte de pai, e Bocamino, por parte de mãe. Seus avós se conheceram no navio e se apaixonaram, e quando minha bisavó chegou ao Brasil já esperava o fruto deste amor - e qualquer semelhança com história de novela não é pura coincidência. Os italianos calabreses vieram para o Brasil com a esperança de encontrar fartura. Com muita vontade de trabalhar, acabaram indo para o interior de São Paulo, para a Fazenda Santa Amélia, onde trabalharam em lavouras de café e por lá morreram. Estes, infelizmente, não tive a oportunidade de conhecer. Nesta fazenda meus avós se conheceram, se casaram e construíram sua família. Com a queda do café, meus avós queridos se mudaram da roça para a cidade. Dona Ana e Seu Arlindo – ela, uma baixinha, gordinha de pele morena, e muito divertida – ele, um homem alto, forte, olhos verdes, e muito rígido. Na cidade de São José do Rio Pardo, meu avô começou a trabalhar como pedreiro e assim criou todos os filhos. Não acumulou riqueza, mas formou filhos de bom caráter, entre eles minha mãe – a primogênita do casal.

Já a descendência de meu pai é bem mais obscura, pois como ele mesmo definia, com toda sua simplicidade, era descendente de mineiros, como se Minas Gerais fosse outro país. E por conversas com outros tios e algumas deduções minhas, penso que meu avô, o Seu Antônio Moreira de Moraes, era filho de imigrantes portugueses, que vieram para o Brasil há muito tempo atrás,

muito antes da chegada dos outros imigrantes europeus. Já minha avó, Dona Izidora Sanches, veio da Espanha para o Brasil no início do século, também fugindo da miséria que assolava a Europa na época. Estes avós eu não cheguei a conhecer, uma pena. Só tenho referências das histórias que me contam. Meu avô, dizem, era um homem muito bom, manso, tranqüilo. Um mineiro que vivia sob o comando da brava Izidora, mulher de pulso firme espanhol. Formaram uma família com filhos também de bom caráter, entre eles o meu pai.

Meus pais se conheceram na roça, mas se enamoraram na cidade. Meu avô não queria que minha mãe se casasse com um rapaz que não fosse descendente de italianos. E como ela se apaixonou por meu pai - "um descendente de mineiros" - na tentativa de afastar meu pai, meu avô impôs que ele se casasse com minha mãe em seis meses, imaginando que assim ele sumiria de suas vidas. Mas meu pai, enamorado que estava da bela moça, resolveu aceitar o desafio. Assim, com seis meses de namoro, meus pais se casaram. Minha mãe sempre trabalhou no lar. Meu pai era operário da empresa Camargo Correa, e depois começou a mascatear pela zona rural, vendendo produtos alimentícios. No início com uma carroça, depois com uma perua Kombi, e por fim com um Variant. Nunca acumulou riqueza, mas conseguiu construir uma casa e ofereceu aos filhos uma vida farta. Nesta trajetória profissional, foi dono de um bar, que ficava na frente de casa. Minha mãe tomava conta do comércio, que fechou depois de 8 anos de funcionamento.

Na infância, minha casa - meu palácio - era muito divertida, pois meus pais criavam galinhas, porcos, até cabra chegaram a ter. O quintal era muito grande, havia horta e muita fartura de frutas. Meus avós maternos moravam ao lado, os quintais de nossas casas se comunicavam por um portão, e ali reproduziam a roça que haviam deixado para atrás... Meu avô tinha um imenso pé de abacate e muitos pés de café, que cuidava com estimação. Também havia muita plantação de mandioca. Minha avó enfeitava o lar com uma imensa plantação de dalias. Assim tive uma infância, que apesar de se localizar na cidade, pode ser considerada rurbana, pois o contato com a terra e com a tradição camponesa era muito grande.

Eu fui o primeiro neto de sexo masculino, da família de minha mãe. Durante três anos continuei sendo o único, até que nasceu outro priminho. Sempre fui muito mimado pela minha família. Como morava na casa ao lado dos meus avós paternos, minha primeira experiência gerontológica aconteceu no seio de minha família. Vivia na casa de minha avó. Vó Ana era divertida, explosiva, impetuosa. Nas vezes em que eu apanhava de minha mãe, corria para casa de minha avó, e ela sempre me oferecia guarida. Quando comecei a ser alfabetizado, com sete anos, resolvi começar a ensinar minha avó, que era analfabeta, a realizar o grande sonho de sua vida: assinar seu nome. Ela era uma aluna muito aplicada. Uma pena ter sofrido um derrame cerebral neste período, antes mesmo de assinar o nome. Foi muito frustrante para nós dois ter interrompido este processo, pois ela estava aprendendo a escrever e ia chegar lá. Talvez neste momento tenha aflorado minha vocação para ser professor de velhos. Hoje dou aulas para Universidade da Terceira Idade.

Meu avô materno também sempre foi muito próximo. Além de lidar com a terra do imenso quintal, como já citei, tinha paixão por criar pássaros. Eu, criança, me encantava com os passarinhos, com os alcapões, alpistes, arapucas... Ficava rodeando meu avô, que vivia a me aporrinhar.

A situação de descendente de imigrantes europeus hoje me faz compreender a minha condição sócio-econômica-cultural, tanto para o bem, quanto para o mal, e talvez explique a minha identificação pelos marginalizados. Sou filho de uma geração que sofreu com a pobreza no país de origem, se lançou além mar para se manter presa ao amanhã da terra, e no máximo encontrou o trabalho duro, como mão-de-obra que substituiu os escravos. Uma geração que lutou para sobreviver, e assim ajudou a construir o Brasil.

No ano de 1991 iniciei meus estudos na Faculdade de Jornalismo, da Pontifícia da Universidade Católica de Campinas – PUC. Já no terceiro ano da faculdade de jornalismo comecei a me interessar pela área de assessoria de imprensa, mas não era qualquer assessoria, queria me especializar na área da saúde. Daí em diante todos os meus projetos e trabalhos foram voltados para o que eu chamava de "assessoria de comunicação preventiva à saúde". Na época, isso era um tanto novo para os professores, que estranhavam um pouco esta minha decisão.

Assim que me formei, em 1994, minha primeira oportunidade de emprego foi para trabalhar numa Clínica Psiquiátrica, na cidade de Mococa, onde apresentava um programa de televisão chamado "Mente e Saúde" e realizava um jornal para os pacientes da clínica. Neste período, nasceu meu interesse pela fotografia. Quando publiquei o primeiro número do jornal, vi que os pacientes não eram alfabetizados. Daquele momento em diante comecei a fotografá-los e o resultado foi imediato. A imagem, mais propriamente a Fotografia, rompia barreiras e comunicava, além de despertar uma série de desejos e sentimentos. A relação com a própria imagem, diante da foto, era algo intrigante para muitos. Era uma relação de amor e ódio, desejo e repulsa, auto-estima e não reconhecimento. Esta dualidade estava sempre presente nas fotos. As imagens tocavam aquelas pessoas como nenhuma palavra escrita tinha tocado até então. A partir deste fato fui tocado pela Fotografia.

No início do meu trabalho nesta clínica, fiquei extremamente chocado com o local, com os idosos, com a loucura. Não conseguia entender o por que de ter feito jornalismo para trabalhar com aquele público. Trabalhei ali por seis meses, quando percebi que a diretoria estava usando a comunicação para mascarar os maus tratos que cometiam contra os pacientes.

Neste mesmo momento, um hospital de Campinas estava contratando um comunicólogo para trabalhar. No final de 1995, vim para o Serviço de Saúde "Dr. Cândido Ferreira" para desenvolver uma campanha publicitária institucional. O grande desafio era desenvolver o trabalho com custo zero. A campanha abrangia TV, rádio, jornais e outdoors. A mensagem da campanha colocava em cheque quem eram os loucos e os normais de nossa caótica sociedade. Tentava mostrar que tudo não passava de uma forma de leitura, de um determinado ponto de vista. A "loucura" era relativizada, o que confrontava diretamente os preconceitos sociais.

Nesta época, poucos sabiam, mas a instituição existia já há 73 anos e desde 1993 era considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) um modelo de tratamento em saúde mental no Brasil. O Serviço de Saúde "Dr. Cândido Ferreira" desenvolvia projetos revolucionários e pioneiros no setor, mas o serviço se fechava sobre si mesmo, sem explorar seu potencial como notícia. Deparei-me com as oficinas de trabalho, o Hospital-Dia, a desconstrução do conceito de pacientes crônicos tornando-os usuários

moradores, as casas fora do hospital, o atelier de arte, entre tantos projetos, que eram desenvolvidos de maneira eficaz, mas não eram partilhados com a sociedade através da mídia. A falta de divulgação dos projetos limitava a ampliação de parcerias e a desconstrução da imagem da loucura junto à sociedade. Estes dois pontos foram os pilares fundamentais do trabalho da Assessoria de Comunicação implantado no Cândia.

De 95 para cá, implantei alguns produtos de comunicação junto aos usuários do serviço, como o Jornal Candura - Espaço Aberto para um Novo Pensamento, o programa de Rádio Maluco Beleza, a Oficina de TV e a Oficina de Fotografia. Os veículos foram desenvolvidos com o objetivo de desmistificar junto à sociedade a visão sobre a loucura, sendo importantes instrumentos de formação de opinião pública visando a diminuição do preconceito e o aumento da inclusão social.

No meu trabalho de Assessoria, compreendi e executei a comunicação como fonte de preservação de memória, com o compromisso de trazer a memória dos usuários, muitas vezes relegada à margem da história oficial, para a memória coletiva, ou seja, incluindo essa história nos registros oficiais, através da mídia e dos veículos produzidos pelos próprios usuários.

A forma com que desenvolvo meu trabalho na instituição tem como missão fazer chegar a mensagem compartilhada, acessível, inteligível, sem cair no discurso infantilizado ou imbecilizado. Em todo o processo de comunicação realizado no Cândia, os usuários têm voz e são ouvidos, sendo respeitado seu direito a fala e seu discurso é considerado, mesmo que, por vezes, pareça caótico.

A Fotografia para mim foi tomando o lugar da poesia. Meus textos poéticos foram cedendo espaço para a fotografia, e, hoje, tento revelar minha poesia em imagens. Desde minha primeira exposição de fotografias, no ano de 1997, sempre tive o desejo de registrar o que está oculto aos olhos da sociedade, procurar belezas sutis, onde ninguém vê. Assim, acabei registrando imagens de pessoas marginalizadas. Não sei se posso me definir como um fotógrafo ou um retratista, pois me considero bom mesmo no ofício de fotografar pessoas, ir ao encontro de sua intimidade, registrá-la – essa é minha paixão.

No meu primeiro ensaio fotográfico, em 1997, escolhi seis moradores do Serviço de Saúde “Dr. Cândido Ferreira” como modelos, e captei suas imagens no estúdio de Multimeios da Unicamp. O critério de escolha dos modelos foi pessoal, de acordo com a empatia que tinha com cada um. Eram pessoas que já havia fotografado antes e gostava muito do resultado dessas fotos. Coincidentemente, todos eles moravam há mais de 20 anos em instituições psiquiátricas.

Este ensaio retratou uma outra face de moradores de hospitais psiquiátricos, descontextualizando o usuário do meio que lhe foi imposto. Ao ver os personagens que cada um criou, não é possível localizar data, local ou quem são aquelas pessoas. Uma vez produzidos, sob efeito da luz e do clic da câmara, os seis modelos responderam com extremo profissionalismo. Considero “Um Outro Olhar” como uma pequena parcela de ressarcimento de imagem de pessoas que foram tão mal vistas durante tantos anos.

Depois disso realizei ensaios sobre o carnaval dos usuários do Cândido Ferreira, ensaio sobre a Parada Gay de São Paulo, sobre a "Feira do Rato", em Maceió, e, coincidência ou não, os velhos eram os meus modelos favoritos. Esta constatação foi feita pela Professora Olga Rodrigues de Moraes von Simson.

Antes de ser minha orientadora, a professora percebeu minha predileção por registrar imagens de velhos. Até então, esta opção não era consciente para mim. A pele, a textura, o encanto do rosto dos velhos sempre me atraíram como fotógrafo, mas não tinha me dado conta do quanto os fotografava. Foi a partir do momento em que a professora Olga me alertou, é que fui me dando conta do fato. E neste momento decidi ingressar no mestrado em Gerontologia, onde pudesse desenvolver um projeto que somasse fotografia, loucura e envelhecimento, a partir da utilização da história oral.

CAPÍTULO 1



Luciano Lira entrevista índios no I Fórum Social Brasileiro, no ano de 2003, em Belo Horizonte – acervo Cândido Ferreira

A METODOLOGIA DA PESQUISA

Liberdade

Quero gritar
Meu grito de liberdade
Quero gritar
Pra todo mundo ouvir
Quero gritar
Pra toda sociedade
Quero gritar
Pra sua comunidade
Mas não deixe de me ouvir
Pois falo aos quatro ventos
Que quando penso,
Sou mais um
Sou mais dois
Sou mais mil
Sou mais a verdadeira
Voz da liberdade.

Silvana Borges (40 anos, faz tratamento psiquiátrico há 20 anos, sempre realizou seus tratamentos morando junto a seus familiares. Em 2005 trabalha numa das oficinas profissionalizantes do Cândido Ferreira, é locutora do programa de rádio Maluco Beleza e representante eleita dos usuários da instituição)

A poetisa Silvana Borges ilustra a necessidade do querer falar, do querer gritar, proclamar todo grito até então calado, de tantos anos de isolamento social, pelo qual passaram os usuários desta instituição.

Para ouvir estas vozes, a pesquisa utilizou-se da Metodologia Biográfica ou Metodologia da História Oral, por meio de entrevistas¹ realizadas com onze usuários do Serviço de Saúde, somadas a entrevistas de doze informantes colaboradores, entre eles, funcionários, diretores, filantropos e vizinhos que acompanharam o processo de transformação vivido pelas pessoas que realizavam seus tratamentos na instituição. As entrevistas foram realizadas nos anos de 2003, 2004 e 2005, conforme CD anexo, com transcrição na íntegra das mesmas e seguidas de análise temática qualitativa.

A entrevista foi escolhida como método de abordagem dos parceiros rememoradores, uma vez que permite que o pesquisador possa ajudar na condução do processo de recordação dos idosos e dos informantes colaboradores. A memória, muitas vezes fragmentada, dos idosos do Cândido Ferreira exigiu que o pesquisador orientasse, estimulasse e retomasse temas relevantes à pesquisa. Para Brioschi e Trigo,

“a situação de entrevista é, fundamentalmente, uma situação de interação social, de comunicação onde se defrontam o pesquisador com um projeto definido e o pesquisado que, aceitando a proposta, faz um relato de sua existência onde está contida uma mensagem ao interlocutor”. BRIOSCHI E TRIGO (1989 : 38)

Os usuários do Cândido Ferreira são o objeto de estudo desta pesquisa. Suas entrevistas estarão sempre em primeiro plano, pois foram eles que vivenciaram os efeitos da reforma psiquiátrica. A metodologia se propõe a trazer a público a memória afetiva, que até agora encontrava-se subterrânea²,

¹ Depoimentos depositados no Centro de Memória da Unicamp, para pesquisas posteriores.

² POLLAK, Michel (Estudos Históricos, Rio de Janeiro, vol 5, no. 10, 1992)

e reconstruí-la. Os usuários do serviço foram divididos em três grupos distintos de entrevistados:

- Idosos que moravam na instituição, e uma vez beneficiados com o projeto de moradia, moram em casas localizadas nos bairros da cidade;
- Idosos que vivem na instituição e até o momento não foram beneficiados com esta nova tecnologia de tratamento;
- Idosos que nunca moraram na instituição, que sempre trataram sua saúde mental tendo como moradia, a casa dos seus familiares.

Para melhor entender os fatos vividos pelos usuários do serviço, a pesquisa se valeu de onze entrevistas com os informantes colaboradores, visando a complementaridade das informações. Enquanto os usuários, muitos deles ex-internos do Cândido Ferreira, trouxeram uma memória afetiva sobre os impactos da reforma psiquiátrica; os informantes colaboradores contribuíram com a memória de quem acompanha este processo, trazendo dados cronológicos sobre eventos e períodos, de forma racional e organizada. Michel Pollak traz reflexões sobre este tema em seu texto “Memória e Identidade Social”:

“Existem lugares da memória, lugares particularmente ligados a uma lembrança, que pode ser uma lembrança pessoal, mas também pode não ter o apoio no tempo cronológico”. POLLAK (1992 : 202).

Sobre a importância da complementaridade de dados entre quem viveu a história e quem compartilhou da história vivida por outrem, e ainda, sobre a diferença entre o viver e o recordar o fato vivido, Janaína Amado reflete:

“Parece-me necessário, antes de tudo, distinguir entre o vivido e o recordado, entre experiência e memória, entre o que se passou e o que se recorda daquilo que se passou. Embora relacionadas entre si,

vivência e memória possuem naturezas distintas, devendo, assim, ser conceituadas, analisadas e trabalhadas como categorias diferentes, dotadas de especificidade. O vivido remete à ação, à concretude, às experiências de um indivíduo ou grupo social. A prática constitui o substrato da memória; esta por meio de mecanismos variados, seleciona e reelabora componentes da experiência". AMADO (1996 : 131)

A partir dos dados advindos destas duas populações distintas, o pesquisador acredita que foi possível organizar os dados e reconstruir parte da história da vida dos idosos desta instituição, sob o prisma de quem a vivenciou. A consciência de que o idoso do Cândido Ferreira, algumas vezes, poderá apresentar uma memória lacunar, nos levou a complementá-la com a recordação dos informantes colaboradores. Giglio & von Simson nos alertam para o fato de que:

"Para ser uma fonte fidedigna de informações, é necessário que o depoente goze de funcionamento mental normal, e isso não tem necessariamente uma correlação com a idade nem torna mais 'verdadeira' a significação atribuída pelo informante aos fatos passados que estiverem postos. A questão da memória é um pouco mais complexa. Pode-se, com relativa facilidade, avaliar se a faculdade da memória está preservada, mas é preciso lembrar que mesmo a memória lacunar pode fornecer dados importantes para uma investigação, dados que poderão ser completados e redimensionados por outros informantes". GIGLIO & von SIMSON (2001 : 146)

E acrescentam:

"o pesquisador precisa compor uma rede composta por mais de um informante, para confrontar as discrepâncias e/ou ambigüidades que

a realidade pode mostrar, não podendo restringir seu trabalho a apenas uma versão sobre o passado". GIGLIO & von SIMSON (2001 : 148)

A metodologia da História Oral empregada nesta pesquisa utilizou-se da Fotografia³ como um recurso detonador da memória dos idosos. O lembrar coletado nas entrevistas, somado à pesquisa fotográfica, pretendeu reconstruir a memória histórico-sociológica através da comparação e análise sobre o que foi ser um velho "louco" internado numa instituição fechada e privado de direitos, e o que tem significado ser um velho "louco" na história atual, após a abertura do Sanatório "Dr. Cândido Ferreira", em que os idosos começam a conviver e a participar dos processos sociais dos quais até então haviam sido isolados. O foco temporal da pesquisa foi o antes e depois da reforma psiquiátrica, para análise de possíveis ganhos de qualidade de vida entre os idosos da instituição.

Para o uso do método biográfico, faz-se necessário atentar e posteriormente interpretar e significar - quem, como, de onde e porque fala. Desta forma, as entrevistas realizadas foram comparadas, para que da complementaridade das diversas representações, fosse possível chegar a um mínimo de objetividade sobre o assunto.

"A interpretação dos dados é baseada na comparação de vários testemunhos. Num primeiro momento, é feita internamente, numa rede de informantes; posteriormente, comparam-se os resultados obtidos pelas outras redes, sempre considerando-se as categorias sociológicas fundamentais durante essas comparações (gênero, idade, classe social e etnia). A moldura desse processo é o referencial teórico escolhido de acordo com o problema de pesquisa proposto, que foi construído durante seu desenvolvimento". GIGLIO & von SIMSON (2001 : 157)

³ Neste mesmo capítulo será apresentado o um subitem específico sobre a Fotografia e seu emprego na pesquisa em questão.

A memória é a principal matéria-prima da história oral. Por seu dinamismo constante, o presente é determinante na rememoração. Por este fato, foi importante estabelecer uma relação de confiança entre o entrevistado e o pesquisador, respeitando o desejo do entrevistado relativo ao local da entrevista, e do melhor momento de interrupção do relato, usando-se bom senso e respeito à pessoa entrevistada. A inserção do pesquisador como jornalista que desenvolve seu trabalho há nove anos no serviço de saúde, a proximidade com a maioria dos entrevistados já existia, além da confiança em relação ao trabalho do pesquisador, pelos serviços já prestados a esta população. No artigo “A arte de recriar o passado: História Oral e Velhice bem-sucedida”, Giglio & von Simson apontam:

“O uso do método biográfico, ou história oral, implica uma posição política em relação à realidade social, assim como em relação ao próprio ato de pesquisar; ainda, é preciso que se tenha claro que a construção do conhecimento pelo uso desse método é necessariamente feita da parceria entre o entrevistador e o entrevistado”. GIGLIO & von SIMSON (2001 : 141)

E complementam:

“A relação de parceria, que é construída sobre uma base de confiança mútua e com um objetivo comum, transforma o pesquisador e o pesquisado. Frequentemente eles não são os mesmos depois desse processo de troca de informações, sentimentos, visões de mundo e utopias”. GIGLIO & von SIMSON (2001 : 149-150)

A desordem cronológica do relato oral compreende a própria ordem de rememoração e esta é a principal riqueza do testemunho. O pesquisador

atentou para os significados, as omissões, as invenções, os delírios,..., dos relatos, para posteriormente interpretar e descobrir estes significados.

Segundo von Simson, no artigo "Depoimento Oral e Fotografia na Reconstituição da Memória Histórico Sociológica: Reflexões de Pesquisa",

... "de 1975 até a atualidade estamos observando um retorno aos métodos qualitativos de investigação sociológica o que levou a uma nova valorização da fotografia pela Sociologia, mas encarada sob novas perspectivas. A tendência, hoje em dia, é utilizar o recurso da fotografia em todas as fases da pesquisa: no registro dos dados, complementando a descrição da situação estudada e como auxiliar na análise de dados da realidade...". von SIMSON (1990 : 16)

A complementaridade de diversos tipos de material como fotos, poesias, objetos detonadores de memória e relatos orais, é que dará à pesquisa qualitativa uma visão mais ampliada e o mais próxima possível da realidade. von Simson conclui seu artigo revelando exatamente a importância da utilização dos diversos suportes:

"houve uma complementaridade entre os diversos tipos de material, o que se mostrou de muita utilidade pois forneceu uma visão de conjunto que uma única fonte de dados não permite alcançar". von SIMSON (1990 : 21)

O emprego da Fotografia

A Fotografia, que sempre foi utilizada por pesquisadores no campo das ciências sociais desde seu surgimento no século XIX, traz para esta pesquisa uma contribuição ímpar na busca do entendimento do passado dos idosos em questão, no registro das transformações ocasionadas pela reforma psiquiátrica,

e no ressarcimento do direito à imagem por meio de registros realizados para a execução deste trabalho. A associação entre imagem e memória tem se mostrado eficaz na reconstrução de dados da pesquisa histórico-sociológica, conforme declara von Simson, em seu artigo “Imagem e Memória”:

“Na pesquisa que temos desenvolvido desde a década de oitenta, essa associação entre imagem e memória vem sendo explorada, permitindo-nos trabalhar com os relatos do passado para a recuperação de dados da pesquisa não registrados de outra maneira, assim como elaborar instrumentos de diálogo com as populações estudadas que tem possibilitado avançar no conhecimento da realidade e devolver os resultados finais da pesquisa em linguagem facilmente acessível aos grupos nela envolvidos”. von SIMSON (1998 : 22-23)

O primeiro trabalho realizado pelo pesquisador foi o de localizar nos arquivos institucionais imagens que revelassem o passado institucional e apresentassem imagetivamente o passado pesquisado. Este trabalho foi bastante difícil, uma vez que o arquivo fotográfico da instituição encontra-se armazenado de forma precária e muitos registros devem ter se perdido com o passar do tempo. Das fotografias que foram possíveis recuperar, cerca de quarenta, a maioria delas trazia imagens da arquitetura, das acomodações do prédio e da construção de novas alas. Outros registros traziam imagens de festas e eventos, onde os internos da instituição nunca apareciam. Os personagens principais destas fotos são sempre autoridades, políticos e filantropos, convidados para os festejos mencionados. A partir de 1960 é que surgem os primeiros registros fotográficos de internos do serviço, de forma tímida, ainda, o que acaba se acelerando na década de 80 e por fim, a partir de 1990, de forma expansiva e definitiva.

A partir destas imagens encontradas nos arquivos, vinte imagens foram selecionadas pelo pesquisador, que reproduziu cada uma delas em preto e branco, no tamanho de 15 X 21cm, no intuito de padronizar as imagens e ter fotografias passíveis de manuseio para a pesquisa. Além destas imagens de

arquivo, foi incluída nesta reprodução uma das quatro fotos emprestadas pelo informante colaborador, Sr. Antônio Orlando.

“Outra estratégia possível consiste em obter em arquivos, institucionais ou particulares, imagens fotográficas relacionadas aos fatos e mostrá-las ao depoente e, assim, uma vez mais, ativar sua memória”. GIGLIO & von SIMSON (2001 : 152)

Estes mesmos lugares foram refotografados pelo pesquisado em dezembro de 2004, tentando manter o recorte e o ângulo mais próximos possíveis das fotos antigas. Depois disso, as fotos antigas e as fotos atuais foram organizadas em um único álbum fotográfico, dispostas lado a lado, para facilitar a visualização da imagem antiga, contrapondo-se à imagem atual. O álbum trazia uma única legenda de identificação das fotos: foto antiga e foto atual, sem trazer dados sobre datas, nomes de pessoas, locais ou eventos.

Uma vez formatado o álbum, o pesquisador revisitou os idosos do Cândido Ferreira, entrevistados para esta pesquisa, deixando o álbum no poder de cada um, durante três dias, a fim de que pudessem contemplar as imagens de forma calma e minuciosa. Após estes três dias, o pesquisador retornou a cada idoso e colheu as memórias espontâneas de cada um sobre a comparação das fotos antigas com relação às atuais, seguindo basicamente dois questionamentos: o que ele via na foto, e se notava alguma mudança da foto antiga para a foto atual⁴.

Para Kossoy, a fotografia tem múltiplas faces e realidades. A primeira realidade, ele denomina de visível, e as demais são as que permanecem ocultas. E para além das realidades do referente fotográfico, é em busca das realidades ocultas que esta pesquisa se lança.

⁴ O subitem “O Álbum Fotográfico” trará o resultado detalhado das impressões sobre a visualização do referido álbum.

“A imagem fotográfica tem múltiplas faces e realidades. A primeira é a mais evidente, visível. É exatamente o que está ali, imóvel no documento (ou na imagem petrificada no espelho), na aparência do referente, isto é, sua realidade exterior, o testemunho, o conteúdo da imagem fotográfica (passível de identificação), a segunda realidade, enfim.

As demais faces são as que não podemos ver, permanecem ocultas, invisíveis, não se explicitam, mas que podemos intuir; é o outro lado do espelho e do documento; não mais a aparência imóvel ou a existência constatada mas também, e sobretudo, a vida das situações e dos homens retratados, desaparecidos, a história do tema e da gênese da imagem no espaço e no tempo, a realidade interior da imagem: a primeira realidade”. KOSSOY (1998 : 42)

Roland Barthes, em seu livro “A Câmara Clara”, traz grandes contribuições para o entendimento da Fotografia. Com relação à dificuldade de leitura de uma foto, ele revela:

“...uma foto é sempre invisível: não é ela que vemos. Em suma, o referente adere. E essa aderência singular faz com que haja uma enorme dificuldade para acomodar a vista à Fotografia”. BARTHES (1980 : 16)

Acabada a fase de coleta de depoimentos dos idosos, propiciada pelo álbum fotográfico, as fotos foram fichadas e organizadas tematicamente.

Dos idosos entrevistados na pesquisa e dos informantes colaboradores, apenas um idoso, ex-interno, residente numa moradia assistida, Sr. José Marques, e um informante colaborador, Presidente do Conselho Diretor, Sr. Antônio Orlando, disponibilizaram fotografias para o pesquisador. Sr. José Marques emprestou um álbum fotográfico repleto de imagens de festas realizadas em sua moradia extra-hospitalar, todas clicadas após 1990. A

maioria relativa a almoços, visitas e festas de aniversário que realizou. Já Sr. Antônio Orlando colaborou com quatro fotos registradas na década de 70, com imagens da reunião dos filantropos da época, conselho que dirigia o hospital Cândido Ferreira.

O motivo dos idosos não terem fotos antigas para disponibilizarem deve-se ao fato de que, no passado, eles não tiveram acesso à fotografia. A fotografia foi popularizada na instituição a partir de 1995, quando um trabalho na área da comunicação começa a ser implementado, incluindo, entre outras tecnologias, a área da fotografia⁵. Os informantes colaboradores alegaram também não possuírem fotografias em seus arquivos pessoais. Para von Simson & Giglio, uma vez solicitadas imagens aos entrevistados, três diferentes reações podem ser observadas:

“A primeira é uma negativa, com a justificativa de que, em virtude de dificuldades econômicas, ele não fez registros fotográficos ou, tendo tirado algumas fotos, acabou por perdê-las durante mudanças de moradia que teve de fazer. O pesquisador deve entender essa limitação, que pode realmente se dever à falta de registros fotográficos ou pode ser decorrente de acanhamento em partilhar imagens de seu passado com o pesquisador, geralmente de classe social superior à do depoente. Nesse caso, tem-se de trabalhar apenas com o relato oral, embora possa acontecer que, com a intensificação do relacionamento interpessoal, algumas fotos ainda apareçam em futuros contatos”.
GIGLIO & von SIMSON (2001 : 152)

Uma colaboração advinda dos familiares dos filantropos fundadores da instituição, netos do Dr. Cândido Ferreira e filhos de Dona Sylvia Ferreira de Barros⁶.

⁵ O capítulo “Sujeitos da Própria História” vai abordar as novas tecnologias desenvolvidas pelos usuários do serviço, inclusive no campo da comunicação.

⁶ Após a realização da entrevista, foi a doação à instituição de um livro de receitas pessoais de D. Sylvia, que, segundo eles, sua venda foi o primeiro recurso utilizado pela benfeitora para arrecadação de fundos

A fotografia, por si só, não pode ser tomada como prova documental, sem levar em consideração a visão do fotógrafo e o contexto em que a imagem foi realizada.

“A bibliografia sobre fotografia já nos havia alertado que a foto não é, com pensa o grande público e alardeia o senso comum, a prova da verdade, o registro indiscutível da veracidade de um certo fenômeno. Ela representa apenas uma visão do fotógrafo em relação ao tema focalizado. É, portanto, uma visão parcial, que pode ser ideologicamente elaborada”. von SIMSON (1990 : 19)

A fotografia, portanto, foi compreendida nesta pesquisa a partir do conhecimento obtido no trabalho de campo, somada ao trabalho de pesquisa bibliográfica.

“...é o conhecimento do pesquisador a respeito de um determinado fenômeno que permite a ele ‘enxergar’ relações e interpretações significativas nos registros fotográficos. Uma foto não “fala” por si só, são as imagens ali representadas associadas a um conhecimento anterior que o pesquisador possui que a fazem “falar”. von SIMSON (1990 : 19)

A complementaridade de diversos suportes como história oral, fotografia, recortes de jornal e bibliografia possibilitou uma visão mais ampla para a pesquisa, o que não seria garantido por uma única fonte de dados.

para a construção do hospital. O capítulo “História do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira” trará mais informações pertinentes à fundação do hospital.

“uma foto sozinha não permite fazer muitas interferências de caráter histórico-sociológico. Ela deve necessariamente ser associada a outros dados de pesquisa (depoimentos orais, documentos, mapas, dados bibliográficos, além de outras fotos) para que as informações que contêm possam ser visualizadas pelo pesquisador dentro de um contexto mais amplo, que permitirá a ele explorar ao máximo os dados registrados naquele suporte fotográfico”. von SIMSON (1990 : 21)

A construção imaginária para a realização da fotografia é de extrema importância para o entendimento da imagem registrada. Uma fotografia é muito mais que um processo físico ou químico. A fotografia é uma construção imaginária da representação, conforme reflete Kossoy:

“A reconstituição por meio da fotografia não se esgota na competente análise iconográfica. Esta é apenas uma tarefa primeira do historiador que se utiliza das fontes plásticas. A reconstituição de um tema determinado do passado, por meio da fotografia ou de um conjunto de fotografias, requer uma sucessão de construções imaginárias. O contexto particular que resultou na materialização da fotografia, a história do momento daqueles personagens que vemos representados, o pensamento embutido em cada um dos fragmentos fotográficos, enfim, a vida do modelo referente – sua realidade interior – é, todavia, invisível ao sistema ótico da câmara. Não deixa marcas na chapa fotossensível, não pode ser revelada pela química fotográfica, nem tampouco digitalizada pelo scanner. Apenas imaginada”. KOSSOY (1998 : 42-43)

E complementa:

“São constantes os equívocos conceituais que se cometem na medida em que não se percebe que a fotografia é uma representação

elaborada cultural/estética/tecnicamente, e que o índice e o ícone, inerentes ao registro fotográfico – embora diretamente ligados ao referente no contexto da realidade – não podem ser compreendidos isoladamente, ou seja, desvinculados do processo de construção de representação”. KOSSOY (1998 : 43)

O Álbum Fotográfico

A grande maioria dos idosos do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira instituição não tiveram acesso à fotografia no decorrer de suas vidas. A fotografia foi popularizada na instituição a partir de 1995, quando um trabalho na área da comunicação começa a ser implementado, incluindo, entre outras tecnologias, a área da fotografia. Portanto a realização de um álbum com imagens antigas e atuais foi realizado e disponibilizado aos idosos para que eles pudessem observar durante três dias. Depois disso, esses idosos foram revisitados pelo pesquisador para registrar suas impressões sobre as mudanças do passado para o presente, a partir do olhar fotográfico.

“Como as imagens têm modos peculiares de combinação menos adaptados, que as palavras, a padrões sociais, a transmissão da imagem através das palavras, freqüentemente, é empobrecedora, problema para o qual ainda não se verificou uma saída”. LEITE (1993 : 47)

A maioria dos velhos apresentou dificuldade na leitura das fotos. A falta de familiaridade com o recurso imagético fez com que, em alguns momentos, alguns entrevistados se calassem diante das imagens. Outro fator importante a se considerar é a lógica invertida das interpretações de alguns idosos. Uma idosa, ao ver a imagem do Hospital Cândido Ferreira, o reconhecia como uma casa, e ao visualizar a fotografia de sua própria casa no distrito de Sousas,

onde mora atualmente, via ali uma cadeia. Esta imagem será apresentada logo abaixo e discorreremos sobre ela. A exigência do olhar do leitor para a compreensão e interpretação de uma fotografia é apresentada por Etienne Samain, em seu artigo “Um retorno à Câmara Clara: Roland Barthes e a Antropologia Visual”:

“Ver um filme não é olhar para uma fotografia. São atos de observação, posturas do olhar, muito diferentes. ‘Assiste-se’ a um filme, ‘mergulha-se’ numa fotografia. De um lado, um olhar horizontal, do outro, um olhar vertical, abissal. Enquanto as imagens projetadas levam o espectador num fluxo temporal contínuo, que procura seguir e entender; as fotografias, por sua vez, o fixam num congelamento do tempo do mundo e o convidam a entrar na espessura de uma memória. Diante da tela, somos viajantes e navegadores; diante da fotografia, tornamo-nos analistas e arqueólogos”. SAMAIN (1998 : 132/133)

Este mergulho arqueológico, em alguns casos, e porque não dizer, os mais interessantes, apresentou um modo de ver diferente do modo convencional, revelando uma inversão da lógica interpretativa esperada da metodologia empregada. A Fotografia é utilizada na Metodologia da História Oral como detonadora de memória, facilitando o trabalho de rememoração do depoente. O artigo “Depoimento Oral e Fotografia na Reconstrução da Memória Histórico-Sociológica: Reflexões de Pesquisa”, apresenta a Fotografia como elemento desencadeador de memória:

“Refletindo sobre a utilização da Fotografia nas diferentes fases do trabalho de pesquisa percebemos que o uso da foto pode ser conveniente já na situação de coleta dos dados. Na entrevista ou coleta de depoimento oral a análise conjunta de fotos pelo entrevistador e entrevistado se mostrou muito útil porque:

- *funcionou como elemento desencadeador da memória do entrevistado;*
- *ajudou no estabelecimento mais consistente entre pesquisador e informante;*
- *quanto à compreensão dos fenômenos pesquisados, auxiliou porque:*
 - * *forneceu bases mais sólidas para as perguntas do entrevistador;*
 - * *ajudou na compreensão de fatos do passado ou do presente que não eram do conhecimento do pesquisador;*
 - * *sugeriu novas questões, não constantes no roteiro, mas que se mostraram muito úteis para a compreensão do fenômeno;*
- *criou uma empatia entre entrevistado e pesquisador desde a primeira sessão de coleta do depoimento, pois ao se debruçarem sobre as fotos, inverteu-se a posição de poder normal em uma situação de entrevista. O entrevistado passou a ser o conhecedor do conteúdo da foto, assumindo o papel de introdutor do pesquisador nos meandros de fato ali registrados". von SIMSON (1991 : 22)*

No caso específico dos velhos portadores de transtornos mentais pesquisados, a Fotografia não apresentou, na maioria dos casos, o efeito esperado pela Metodologia da História Oral, de funcionar como detonadora de memória, e, em alguns casos, uma interpretação com lógica invertida. Há de se atentar para o fato de que a Fotografia é uma novidade para esta população, que passou grande parte de suas vidas privadas de direitos, inclusive o direito à própria imagem. Neste caso os silêncios, os não-ditos diante da imagem fotográfica trazem importantes significações para a pesquisa.

“A leitura da mensagem visual depende, simultaneamente, de uma compreensão global e de uma análise de pormenores. Mesmo sem levar em conta todos os detalhes, é possível chegar ao sentido global, ainda que com a alteração de articulações parciais de seus elementos.

Contudo, alguns elementos isolados podem não ter significado. Em alguns casos, somente suas combinações poderão ser lidas de diversas maneiras. O significado da imagem pode depender da identificação de processos diferenciados de interpretação, relativos aos níveis que se atinja no conteúdo latente. A fruição e a reflexão são práticas simultâneas no processo de leitura da comunicação não-verbal e trazem para o processo, não apenas o conteúdo explícito da imagem, mas a formação cultural e intelectual do leitor” LEITE (1993 : 51/52)

No período compreendido antes da reforma psiquiátrica, muitos objetos, incluindo, muitas vezes, a própria roupa, eram considerados objetos de risco nos manicômios, e a psiquiatria temia que o usuário fosse utilizá-los para se ferir, ou agredir o outro. Desta forma, durante muitos anos de suas vidas, muitos desses idosos foram privados do acesso ao espelho, considerado objeto de alta periculosidade. Isto posto, a relação com a imagem acabou sendo comprometida. Se até mesmo o acesso à imagem no espelho foi subtraído desta população, muito menos acesso à suas imagens registradas em Fotografia. Por conta desse fato, acredita-se que a dificuldade em entender a imagem fotográfica, realizar uma leitura, de forma interpretativa, deva-se à falta de familiaridade com o recurso imagético.

“O leitor da fotografia tem, diante de si, uma estrutura espaço-temporal, a composição do quadro, os significados simbólicos e a correlação possível entre os significados simbólicos da seqüência em que a fotografia está inserida. A leitura mobiliza diferentes níveis da atenção do leitor. Um instintivo, correspondente aos mecanismos da percepção, que incluem elementos emotivos como cor, forma, expressões e evocações imediatas e linhas de perspectivas, diferentes das informações. Um nível descritivo, que abarca a análise visual dos elementos que compõem a imagem-planos, campos e massas de luzes e sombras. E um nível simbólico correspondente à abstração ligada aos processos do conhecimento, mais ou menos individualizável, que

precisa ser submetido a interpretações, quando a imagem deixa de ser unitária e inscreve-se num contexto mais amplo”. LEITE (1991 : 55)

Os idosos pesquisados não aparecem nas fotos dos arquivos institucionais. É datada de 1960 a primeira imagem fotográfica encontrada nestes arquivos. As fotografias traziam como conteúdos prédios, filantropos, autoridades e inaugurações, sem a participação das pessoas que se tratavam e moravam naquele espaço. A partir de 1980, os usuários começam a ser registrados de forma mais intensa, e a década de 90 marca a explosão das imagens realizadas sobre esta população. A falta de identificação com as fotografias antigas, possivelmente se deva ao fato destes registros não contemplarem as imagens dos que deveriam ser considerados atores principais da instituição: os usuários que ali moravam. Para as pessoas consideradas “normais”, Kossoy previa um grande esforço para entender o conteúdo fotográfico:

“Será somente através da sensibilidade, do constante esforço de compreensão dos documentos e do conhecimento multidisciplinar do momento histórico fragmentariamente retratado que podemos ultrapassar o plano iconográfico: o outro lado da imagem, além do registro fotográfico”. KOSSOY (1998 : 43)

A demanda pela Fotografia pôde ser observada quando da visita do pesquisador com o recurso metodológico do Álbum Fotográfico. A maioria dos idosos entrevistados, antes de qualquer conversa, pressupunham que as fotos fossem um presente, e se mostravam desejosos daquelas imagens. Levando em consideração o fato desta demanda pela Fotografia, a pesquisa se propõe a entregar os registros fotográficos realizados a estes idosos, na tentativa de suprir e ressarcir a necessidade apresentada por esta população.

A seguir, o artigo apresenta um conjunto de quinze fotos analisadas, disponibilizadas lado a lado, do período anterior a reforma psiquiátrica e após

esta reforma. Em conjunto com as imagens, trechos de alguns discursos das entrevistas realizadas com os idosos pesquisados.



Foto antiga: refeitório geral na década de 80 – acervo de Regiane Trevisan Pupo



Foto atual: refeitório de usuários das Oficinas de Trabalho e funcionários, dezembro/2004 – acervo do autor



Foto atual: refeitório geral de usuários, dezembro/2004 – acervo do autor

As fotos acima retratam o refeitório geral dos usuários na década de 80, comparados aos dois refeitórios existentes em dezembro de 2004 – um destinado aos usuários participantes das oficinas de trabalho, e outro destinado aos demais usuários da instituição.

“Aqui é almoço ou janta. Uma senhora sozinha está esperando as outras receberem comida, não é isso? Cadeira de ferro. Aqui é um homem, funcionário, ele tem um crachá, conversando com um paciente que já está sentado na mesa para comer. E a fila para o almoço. Pegaram o refeitório aqui. Aqui vai colheres. Aqui é a boqueta do refeitório. Pegar comida, boqueta que se chama. Eu conheço essa mulher, eu já conversei”. CARLOS ALBERTO (Depoimento sobre o álbum fotográfico, 2005, pág. 23)

“Tem uma foto do refeitório antigamente, como era. Cadeiras não tão confortáveis, mais simples. Hoje, você encontra toalhas nas mesas, cadeiras mais confortáveis e um espaço bem maior também”. SILVANA BORGES (Depoimento sobre o álbum fotográfico, 2005, pág. 15)



Foto antiga: pátio feminino, 1963 –
acervo do Cândido Ferreira



Foto atual: roda de usuários, dezembro/2004
– acervo do autor

A foto antiga retrata o pátio feminino no ano de 1963, aqui, comparada com uma roda de usuários em dezembro de 2004. Segundo o usuário Carlos Alberto:

“Esse era o pátio das mulheres. Agora misturaram. Atualmente, são misturados mulheres e homens, e o doutor fica de plantão lá para atender internações.” CARLOS ALBERTO (Depoimento sobre o álbum fotográfico, 2005, pág. 21)



Foto antiga: trabalho de laborterapia, 1964/65
– acervo do Cândido Ferreira



Foto atual: Oficina Agrícola, dezembro/2004
– acervo do autor

A foto antiga traz a imagem do trabalho de laborterapia desenvolvido na instituição entre as décadas de 60, 70 e 80. Nesse período, um grupo de usuários trabalhava na lavoura no próprio hospital. Como recompensa pelo trabalho, recebiam cigarros, fora a liberdade de ter passado um dia fora dos pátios. Esta realidade mudou de 1990 para cá. A foto atual traz imagens dos usuários trabalhando na Oficina Agrícola, em dezembro de 2004. Atualmente, as oficinas pagam pelos trabalhos desenvolvidos. A bolsa trabalho se dá a partir das vendas e da produtividade de cada usuário. Com este dinheiro, muitos usuários sustentam ou ajudam nas despesas da casa de seus familiares.

“Nossos queridos amigos, quando trabalhavam no setor agrícola, não tinham ferramentas adequadas para o trabalho. Hoje, eles têm, além de toda proteção possível contra qualquer dano pessoal”. SILVIO BURZA (Depoimento sobre o álbum fotográfico, 2005, pág. 34)

“Aqui são trabalhadores. O senhor Alcides Ciello, de cabelo bem curto. Ele está com um disco, não sei o que ele está na mão. É um cantil de água. Ele vai dar para algum deles. Eles estão com a enxada na mão, pás. Estão espalhando feijão ou senão café. Café ou feijão com a rodo, não é? Eles faziam o rodo por conta deles. Aqui, estão colhendo milho. Não... Parece alcachofra, não sei”. CARLOS ALBERTO (Depoimento sobre o álbum fotográfico, 2005, pág. 24)



Foto antiga: bazar, 1972 – acervo do Cândido Ferreira



Foto atual: loja Armazém das Oficinas, dezembro/2004 – acervo do autor

As fotos apresentam a comercialização dos produtos artesanais realizados pelos usuários da instituição. A foto antiga, registrada no ano de 1972, mostra um bazar realizado no interior do hospital, com bordados e panos de prato realizados pelos internos. A foto atual, de dezembro de 2004, traz a loja “Armazém das Oficinas”. Esta loja foi criada pelos próprios usuários para comercialização dos seus produtos de decoração, que atualmente compreendem peças em vitral, madeira, mosaico, velas, papel reciclado e ferro. A loja está localizada no bairro Cambuí, considerado área nobre da cidade, num trecho em que se concentram muitas lojas de decoração de Campinas, fazendo concorrência frente a frente com outros pontos de comércio.

“Um bazar, não é? E hoje, esta foto já mostra que não é apenas um bazar, a gente já tem uma loja num ponto bem conceituado de Campinas, no Cambuí. Uma loja de decoração mesmo, quer dizer, é um grande passo”. SILVANA BORGES (Depoimento sobre o álbum fotográfico, 2005, pág. 16)



Foto antiga: pátio, década de 80 – acervo do Cândido Ferreira



Foto atual: pátio, dezembro/2004 – acervo do autor

A foto antiga, datada da década de 80, traz imagens de internos deitados num pátio da instituição pesquisada. A foto atual, registrada em dezembro de 2004, traz a mesma imagem: pessoas deitadas no chão de um pátio, revelando que alguns comportamentos dos usuários, de tão internalizados, não mudaram. Numa análise superficial, o pesquisador afirmaria que uma imagem não difere em nada da outra, a não ser pela visão de quem vivenciou este período anterior a 1990, como revela Sr. Carlos Alberto:

“Aqui os pacientes deitavam à vontade, mas eram chamados a atenção pelos enfermeiros: levanta daí, levanta. Faz mal o chão meio emormaçado (mormaço)”. CARLOS ALBERTO (Depoimento sobre o álbum fotográfico, 2005, pág. 23)



Foto antiga: reunião do Conselho Diretor, década de 70 – acervo de Antônio Orlando



Foto atual: reunião de Colegiado de Gestão, dezembro/2004 – acervo do autor

Estas fotos trazem dois momentos da forma de dirigir o hospital. A foto antiga, datada de 1970, traz uma reunião de filantropos realizada na casa do presidente do hospital. A foto atual traz a imagem de uma reunião do colegiado de gestão, composto pelos gerentes dos serviços e pelo superintendente do hospital, reunião que acontece todas as segundas-feiras, na própria sede do Cândido Ferreira.

A análise do Sr. Carlos Alberto traz uma visão muito rica desses momentos, pois, apesar da reunião de colegiado não ter a participação de usuários do serviço, ele vê os usuários nela, confunde funcionários com usuários, o que é muito comum na instituição, uma vez que ninguém usa uniforme e todos circulam pelos espaços diversos.

“Eu conheço o doutor Nelson. Conheci o doutor Nelson, porque ele já é falecido. Esse. Tem o Pavilhão Doutor Nelson. Quando o Rubens Rondin, que mora aqui pertinho... Quando eu passo, ele me chama: Oh, Carlos, vem uma hora bater um papo. É que eu me sinto acanhado, seu Rubens, eu falo para ele, às vezes, de bater papo na sua casa. Com os filhos deles. O cara tem automóvel... Então, eu falo assim. No tempo do Rubens, o doutor Nelson era vivo e é esse aqui. Esse aqui eu não conheço, acho que era assistente da reunião, na sala de reunião. A televisão, depois mudou aqui. Essas senhoras, não sei se são pacientes misturadas com estagiárias. Estagiárias. Essa daqui, por

exemplo, é interna. Não, é a Telma. Teve duas Telmas e a doutora Telma. Agora que saiu do emprego e entrou a terapeuta Ana Paula, não é isso? As duas Telmas e as duas Ana Paula. Aqui é uma paciente recebendo lição de alguma coisa. Aqui é o doutor (l) Oki, o japonês, não é? O doutor (l) Oki. Aqui, já conheci, já passei perto. Todos eles eu conheço, só o nome que eu não conheço”. CARLOS ALBERTO (Depoimento sobre o álbum fotográfico, 2005, pág. 21)



Foto antiga: fachada da sede do hospital, década de 70 – acervo do Cândido Ferreira



Foto atual: fachada da moradia de dona Darcie, dezembro/2004 – acervo do autor

Em 1990, muitos usuários, ex-internos do Cândido Ferreira, passaram a residir em casas localizadas em bairros de Campinas. As moradias, subsidiadas pelo hospital, abrigam, via de regra, aproximadamente cinco a seis usuários. Nestas fotos analisadas pela usuária Darcie Tucci, ela revela, por meio de uma lógica invertida, as inversões a sociedade vive atualmente. Em 90, com a implementação da reforma psiquiátrica, entre outras mudanças, as grades foram retiradas do hospital, dando início ao tratamento em liberdade. A área do hospital é localizada numa fazenda, no distrito de Sousas – área de preservação ambiental. Quando esses usuários se mudam para uma casa localizada num bairro da cidade de Campinas, devido aos altos índices de

violência, voltam a conviver com as grades nas janelas, grades no portão, trancas, chaves, etc. Diferentemente do período anterior à reforma, as grades são utilizadas para protegê-los da sociedade. Essas mesmas grades, no passado, foram usadas no hospital para proteger a sociedade deles. Mas grades são grades, e quando Darcie Tucci vê uma foto da sede do hospital e outra da fachada da casa onde reside, acaba revelando toda essa inversão da lógica social, e nos faz questionar onde a loucura está presente.

Darcie falou muito pouco sobre as fotos, mas em poucas palavras revela um grande conteúdo. Quando vê a imagem do hospital, revela:

“A casona”. (Depoimento sobre o álbum fotográfico, 2005, pág. 18)

Já quando olha pra fachada de sua própria casa, em que mora atualmente, declara:

“É a cadeia, onde eles prendem a gente quando briga”.
(Depoimento sobre o álbum fotográfico, 2005, pág. 20)

Já o usuário Carlos Alberto, que divide a mesma casa com Darcie, tem uma visão bem diferente, quando revela suas memórias, ao analisar a foto da própria moradia:

“Mudou, como se diz, mudou maravilhosamente o sistema de dar liberdade ao paciente, que agora tem até casa, tudo, que pertence ao sanatório. Até de brincadeira, a falecida Antônia falava assim: Agora, a casa é nossa. Nós pagamos muito aluguel, agora nós compramos a casa do sanatório. Dez anos nela. Mas é verdade, a casa é nossa. Ela

falou que a casa é nossa. Mas é verdade, nós pagamos cinqüenta reais cada um por muito tempo. A casa nós já compramos. (...)

(...) Aluguel daqui, dessa casa aqui. Porque tinha paciente que falava: você está pagando, você está pagando? Eu falei: não, eu não pago. Porque eu já trabalhei muito de jardinagem dentro e fora do sanatório. Carregava Jacá e carregava o carrinho que eu comprei também lá. Eu juntei o dinheiro e comprei baratinho o carrinho para baldear só grama cortada. Era de manhã e depois do café das duas horas. Aí a dona Cornélia... Você conhece, não é? Ela passou perto de nós trabalhando, eram umas duas e pouco da tarde, naquele solão quente. Eu estava sem boné, tudo. E ela já conversou na terapia ocupacional, na salinha mais pequena, a primeira de quem entra na terapia ocupacional, o aposento da terapia ocupacional, (ela falou) para nós não trabalharmos mais à tarde, só meio período. Ela ficou com dó de ver nós lá naquele sol quente, ardido, juntando grama e cortando para ir jogando no lixo, na ribanceira do lixo. Ela fez a reunião e a dona Magali mandou parar. É só meio período, pessoal. Bem, só isso o que eu tenho a dizer. Eu mereço tomar mais um gole de Coca-Cola. Falei demais”. CARLOS ALBERTO (Depoimento sobre o álbum fotográfico, 2005, pág. 25)

Os usuários José Marques, Luiz Antônio Businaro e Maria José foram os que menos verbalizaram suas impressões sobre as fotografias. As falas limitavam-se a considerar bonita ou feia, ou antiga e atual, cada fotografia que visualizavam.

“É. Bonito esses negócios. Não estou bem certo do que pode ser isso aqui, não. Isso aqui parece uma árvore.

(...) Está bonita essa também. Tem um pessoal aqui também.

(...) Não, eu me esqueci de onde é. Parece que é lá no Cândido mesmo.

(...) Eu não estou bem certo onde é.

(...) Tem um pessoal aqui que eu não estou conhecendo muito bem onde é que é essa daqui não". JOSÉ MARQUES (Depoimento sobre o álbum fotográfico, 2005, págs. 30 e 31)

Os resultados apresentados por esta pesquisa, no tocante à utilização do recurso fotográfico disponibilizado em álbum, com imagens comparativas ao período anterior e posterior à reforma psiquiátrica, apontam para alguns aspectos importantes da vida desses idosos, moradores do serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira. A Fotografia pode ser considerada um instrumento detonador da memória para uma parcela de velhos moradores desta instituição. Outra parcela, porém, apresenta limitações de interpretação do recurso fotográfico, pois durante muitos anos foram privados do acesso às imagens, muitas vezes, até dos espelhos.

A Fotografia, apesar de ser um meio democrático de popularização da imagem, ainda tem um custo considerado alto para esta população. Portanto, a familiaridade e aquisição de equipamentos fotográficos, para que os próprios velhos possam ser os fotógrafos a registrarem seus cotidianos, ainda são raras.

A necessidade geral apresentada pelos velhos pesquisados é da aquisição das fotografias, do ressarcimento destas imagens, o que nos aponta para uma reconstrução de identidades imagéticas, de reconhecimento de si próprio, por meio da Fotografia e pela noção de pertencimento à sociedade em que estão participando. Este ressarcimento imagético é uma dívida social para qual os fotógrafos podem se atentar para a realização de trabalhos e ensaios.

A interpretação fotográfica de parte da população pesquisada apresentou uma outra lógica de análise, revelando pontos de vista questionadores da realidade em que a sociedade vive atualmente, e nos faz pensar sobre a loucura presente nas relações sociais das sociedades urbanas.

Mais que depoentes: co-autores

A pesquisa de campo se deu com a colaboração de 23 depoentes: 11 idosos do Cândido Ferreira e 12 pessoas envolvidas com o processo de envelhecimento dos usuários.

O critério de seleção dos entrevistados para a pesquisa qualitativa foi realizado levando em conta o envolvimento dos depoentes com a história da instituição pesquisada - a vivência do antes e do depois da reforma psiquiátrica naquela instituição na própria pele, que é o caso dos usuários, ou pessoas que presenciaram as transformações advindas da implementação dessa reforma, como funcionários, diretores, administradores, vizinhos e filantropos.

Idosos do Cândido

Os onze depoentes escolhidos para a pesquisa de campo contam com a representação de três segmentos:

1) Ex-internos do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, atualmente moradores das Moradias Assistidas, localizadas em bairros da cidade, aqui apresentados em ordem cronológica da realização das entrevistas:

José Marques

Luiz Antônio Businaro

Carlos Alberto da Silva Duarte

Maria Darcie Tucci

Anita Del Piani

Maria José de Oliveira

Marlene Diniz

2) Usuários do Cândido Ferreira, que nunca moraram na instituição e sempre voltaram pra suas casas após os tratamentos de saúde, aqui apresentados em ordem cronológica da realização das entrevistas:

Silvana Borges

Silvio Burza

3) Usuários do Cândido Ferreira, que sempre moraram na instituição e ainda esperam recursos públicos para a transformação de suas moradias:

João da Silva Leme

Divino Pereira Dias

Os Informantes colaboradores

A pesquisa contou com doze entrevistas de informantes colaboradores. Estes informantes acompanharam o processo de transformação da reforma psiquiátrica, e puderam colaborar com dados sobre eventos e períodos, possibilitando uma reconstrução cronológica deste processo, o que muito enriqueceu a pesquisa. Aqui organizados em ordem cronológica das datas de entrevista:

- Filantropos/voluntários:

Luiz Renato Ferreira do Amaral, Carlos Ferreira de Barros, Antônio Fontoura Amaral e Iara Ferreira de Barros - familiares da fundadora da instituição, Dona Sylvia Ferreira de Barros, netos do Sr. Cândido Ferreira.

- Presidente do Conselho Diretor:

Antônio Orlando – filantropo, a frente da diretoria da instituição desde os anos 90. Seu trabalho foi interrompido com seu falecimento no mês de junho de 2004.

- Ex-funcionárias:

Cornélia Maria Elizabete Vlieg – ex-missionária, vinda da Holanda, foi precursora dos trabalhos de Terapia Ocupacional na Instituição no início dos anos 70. Acabou por tornar-se funcionária do Cândido Ferreira, atualmente aposentada. A Associação que administra o Núcleo de Oficinas e Trabalho da Instituição leva seu nome, como homenagem.

Sandrina Kellen Indiani – primeira acompanhante 24horas, da primeira moradia assistida do Cândido Ferreira, nos início dos anos 80. Tornou-se Terapeuta Ocupacional e responsável por um núcleo de moradias da instituição, até seu desligamento no ano de 2003.

- Antigo Administrador do sanatório:

Alcides Ciello – administrador do Sanatório Cândido Ferreira entre as décadas de 30 a 60. Neste período, morou com a esposa na sede do sanatório, local em que criou seus dois filhos, cuidados por uma babá, interna do sanatório.

- Vizinha da instituição:

Maria Alves Cordeiro - moradora do distrito de Sousas, local em que se localiza a instituição pesquisada, e professora primária da Escola “Tomaz Alves” – escola também vizinha do Cândido Ferreira.

- Funcionários:

Luiz Gasparin – funcionário da instituição há 32 anos, trabalha na área meio, que dá suporte à área assistencial. É responsável pelo serviço de manutenção e transporte. Acompanhou todo processo de transformação da reforma psiquiátrica.

Márcio Alexandre Ferreira de Azevedo – Enfermeiro, Gerente do Núcleo Clínico – núcleo responsável pelos cuidados da população idosa da instituição.

- Advogado da Organização Panamericana de Saúde (OPAS):

Javier Vasquez – Advogado especialista em direitos humanos da OPAS – escritório regional da Organização Mundial de Saúde (OMS), e da Agência de Saúde da Organização dos Estados Americanos.

Portraits

Ao contrário da dissertação de mestrado realizada por Fabiana Bruno – “Retratos da Velhice - um duplo percurso: metodológico e cognitivo” – em que

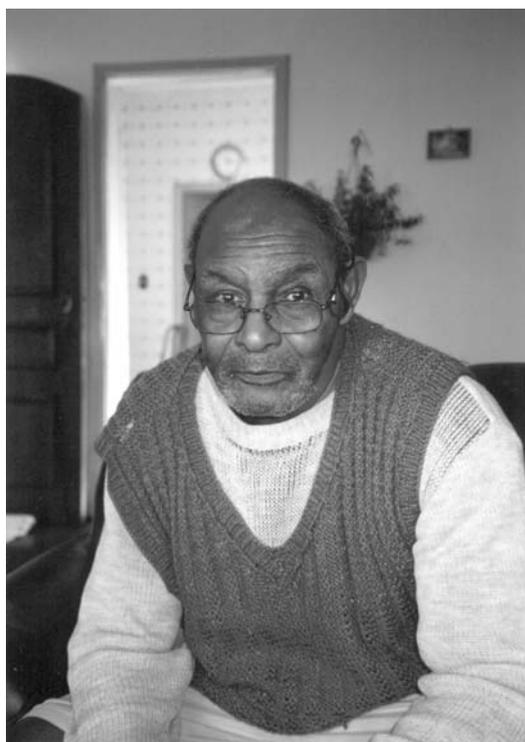
pesquisou os baús fotográficos dos idosos para a rememoração das histórias vividas por eles, os idosos do Cândido Ferreira não possuem um baú de imagens, e a pesquisa se propõe a ajudá-los a reconstruir essa memória imagética, por meio de uma pesquisa nos arquivos institucionais e novos registros fotográficos.

“A importância dos Baús Fotográficos para a velhice certamente representa algo incomensurável. Neste estudo, a riqueza metodológica da articulação da fotografia com o registro verbal, sinaliza para uma condição múltipla de análise e interpretação, quando depara-se com a profundidade de diferentes leituras que oferece, em torno das fotos avulsas, pequenos retratos e álbuns cheios de histórias, guardados, neste caso de pesquisa, por pessoas velhas”. BRUNO (2003 : 58)

Para dar início ao ressarcimento de imagem dos usuários do Cândido Ferreira, um dos objetivos desta dissertação, o trabalho apresentará uma pequena biografia dos onze depoentes, acompanhada de duas fotos cada, realizadas durante as entrevistas.

O cineasta João Moreira Salles, em palestra proferida no 4º. Seminário de Pesquisa Memória e Contemporaneidade, realizado pelo Centro de Memória da Unicamp, de 8 a 10 de junho de 2005, declarou que “em nome de uma causa, não se deve sacrificar os personagens”, referindo-se aos depoentes dos documentários que realiza. Este trecho da fala de Salles, inspirou-me a cuidar ainda mais dos portraits aqui apresentados. Desta forma, não apresentarei o diagnóstico de nenhum dos depoentes, por não considerar importante para esta pesquisa, pois ela não tem enfoque clínico. As biografias foram construídas tomando por base o próprio depoimento de cada usuário. Quando necessário, somente confirmei dados como data de nascimento, naturalidade e data da primeira internação no Cândido Ferreira.

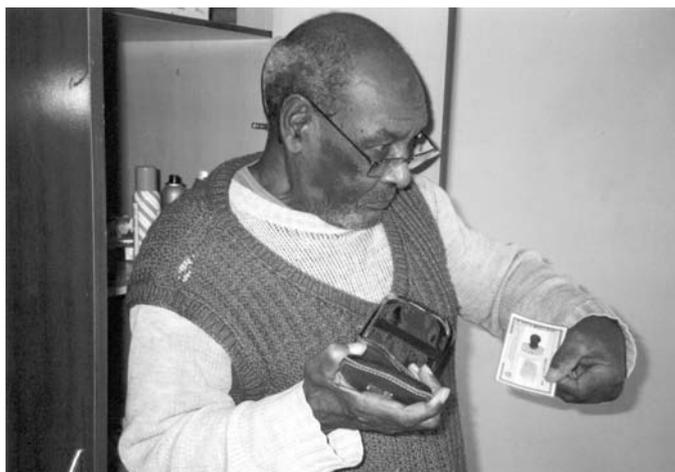
José Marques Filho



José Marques na sala da moradia assistida,
maio/2004 – acervo do autor

*“Eu tenho amizade com todo mundo, com todos eles aí (vizinhos).
Nesses dias, que eu fiz uma festa, eles gostaram. (...) Fiz um
churrasquinho para a turma”.*

Esse afeto que José Marques demonstra com os vizinhos é o mesmo com que cuida de cada um com quem mora. Com 69 anos de idade, o corpo mostra traços de um homem forte, um esportista dos tempos da juventude. Apaixonado por futebol, José é torcedor fiel do time Ponte Preta, do qual coleciona camisas. Natural da cidade de Mogi-Guaçu, José lembra que morava na Fazenda Paranaguá. Chegou ao Cândido no ano de 1968, sem saber explicar o por que: “Eu vim sem papel, sem nada até aqui. Eles pegam um carro e pegam a gente e jogam lá num lugar lá. Não dá nem comunicação de um papel, nem nada” - recordou. O contato com a família foi perdido no decorrer dos anos. Mudou-se para uma moradia assistida desde 1998. Solteiro, ele namorou por um longo tempo a usuária Laís Fantone, mas o romance acabou quando sua amada veio a falecer.



José Marques mostra o documento de identidade, maio/2004
– acervo do autor

Luiz Antônio Businaro



Businaro prepara um café, maio/2004 – acervo do autor

“Eu tentei fugir para São Paulo, me danei. Aí, voltei para atrás”.

A história da vida do Luiz Antônio, no Cândido Ferreira, ilustra de forma ímpar, a liberdade que a instituição atualmente dá a seus assistidos. Luiz foi um dos primeiros usuários a se mudar para uma moradia assistida, no final do ano de 1991. Apesar deste benefício, decidiu-se por mudar para um albergue na cidade de São Paulo. Perambulou por alguns anos, até que resolveu voltar ao Cândido, para uma nova casa, em que mora até o momento. Nascido dia 08 de outubro de 1954, na cidade de Campinas, chegou na instituição no ano de 1988, mas desde os vinte anos procurou tratamento em outros lugares: “Eu repassei o mundo inteiro em hospital psiquiátrico” - revelou.



Luiz Businaro e seus amigos, em frente à casa onde moram, maio/2004 – acervo do autor

Carlos Alberto da Silva Duarte

“Eu ia passando lá perto da padaria Ravena e passou um rapazinho do colégio e falou: - Você é louco? Eu falei: - Não, por que? Ele disse: Eu vi uma fotografia sua no jornal, no sanatório. Eu falei: - Não, lá não tem louco, lá é cuidar da saúde mental”.

Esse foi o motivo pelo qual Carlos não permitiu ser fotografado para esta pesquisa. Natural de Maceió/AL, nasceu dia 01 de junho de 1943. No ano de 1960, Carlos foi internado na instituição, indo residir numa moradia assistida desde 2000. Muito calmo e receptivo, Carlos é o único homem da casa, em que mora com mais três senhoras. Seu comportamento dócil deve ter colaborado para que, mesmo nos anos em que o tratamento da instituição acontecia em regime fechado, fosse permitido a ele que trabalhasse numa loja de materiais de construção de Sousas, sendo uma exceção. O contato com a família, Carlos mantém, recebendo a visita da mãe todos os finais de semana.

Maria Darcie Tucci



Darcie brinca com sua cachorra, agosto/2004 – acervo do autor

“Sabe aquela cachorra pequenininha? Ela alegre com a gente. Diverte, ela late de noite. A casa, ela olha bem. Se eu for embora, vou ficar com falta dela, porque ela olha por nós”.

O amor por animais de estimação, sempre levou Darcie a ter pelo menos um cachorro. Além dos bichos, seu afeto também era demonstrado pelas bonecas que colecionava, com as quais adornava seu quarto. Nascida na cidade de Botucatu, interior de São Paulo, no dia vinte de agosto de 1943, acabou vindo para o Cândido Ferreira no ano de 1964. Sua mudança para uma moradia assistida aconteceu no ano de 2000, onde morava até a data de seu falecimento, em quinze de março de 2005.



Darcie fecha o portão da casa onde mora, agosto/2004 – acervo do autor

Anita Del Piani



Anita no sofá de sua moradia assistida, maio/2004 –
acervo do autor

*“Eu fui (babá dos filhos do antigo administrador do Cândido
Ferreira). Mas eles não vêm ver a gente aqui”.*

A reclamação de Ana, como é conhecida, faz referência aos filhos do antigo administrador do Cândido Ferreira, Sr. Alcides Ciello, dos quais foi babá durante muito tempo de sua estada na instituição. Nascida no ano de 1922, na cidade de Campinas, Ana é internada por um irmão, no ano de 1951, por motivo de desonra familiar. Ana havia ficado grávida, ainda solteira, e essa foi a causa que a fez estar internada no hospital até o momento. Sempre amável e dona de muito bom humor, Ana reside numa moradia de alta complexidade desde o ano de 2001.



Anita recebe o leite das mãos da funcionária para seu café da tarde, maio/2004 – acervo do autor

Maria José de Oliveira



Maria José (de gorro) na janela de sua casa, maio/2005 – acervo do autor

“Eu gosto de comprar de tudo (...). Chego lá, falo assim para o Fábio, que é dono do mercado: - Fábio, a Sandra mandou comprar tal coisa, assim, assim. Ele fala: - Está bom. Aí ele me atende, me entrega as coisas que eu peço e eu entrego a caderneta para ele marcar as coisas que eu comprei”.

Assim se faz a participação de Dona Maria José no comércio de Sousas. Alegre e esperta, com 67 anos de idade, nasceu na cidade de Araras, interior de São Paulo. No Cândido, chegou no ano de 1994, transferida do Hospital de Americana, depois de seu fechamento. Antes disso, passou também pelo Juqueri. No Cândido, tentou se adaptar em algumas moradias assistidas e há dois anos reside numa casa no distrito de Sousas. Atualmente descobriu uma irmã em São Paulo. Esteve em sua casa, com transporte pago por ela mesma, e já marcou a próxima visita. Uma grande conquista para Maria José, que na ocasião de sua entrevista, quando ainda não tinha localizado nenhum parente, confidenciava: “(...) sou de família abandonada”.



Maria José (ao centro) abraça suas amigas no portão da moradia assistida em que reside, maio/2005 – acervo do autor

Marlene Diniz



Marlene Diniz em frente à casa onde mora, maio/2004 – acervo do autor

“(...) eu quero arrumar um namorado na rádio”.

A ingenuidade de Marlene encanta. O desejo pelo namorado com aparência de galã de novela se faz presente nas obras de arte, que produz como artista plástica, e nas conversas do dia-a-dia. Nascida em Campinas, interior de São Paulo, no dia 4 de abril de 1949, chegou ao Cândia em 1969. Desde 1995 tornou-se moradora de uma casa fora da instituição. Ela tem uma tia na cidade e nesse meio tempo foi morar com ela, mas acabou voltando para a instituição. Vaidosa, Marlene destaca-se como rainha da bateria do bloco Unidos do Candinho, no grito de carnaval de Sousas.



Vaidosa, Marlene mostra as últimas roupas que comprou, maio/2004
– acervo do autor

Silvana Borges



Silvana Borges durante a gravação do programa Maluco Beleza
– acervo do autor

“A Silvana antes era extrovertida, brincalhona, como eu sou hoje, mas não era uma Silvana que era locutora de rádio, não era uma Silvana considerada artista plástica, não era uma Silvana que participava de um editorial de jornal. São coisas que eu conquistei na saúde mental, através da saúde mental. Então, a Silvana, hoje, é muito mais ativa, muito mais participante, muito mais lutadora, muito mais guerreira. Muito mais guerreira, sim. Guerreira por causas de pessoas que estão em volta dela. Então, hoje, ela é muito mais batalhadora, e muito mais vencedora também. Essa é a Silvana de hoje”.

A definição de Silvana dispensa maiores apresentações. Militante do Movimento da Luta Antimanicomial, acabou por ser eleita representante dos usuários para o Conselho Diretor do Cândido Ferreira. Com quarenta anos de idade, começou seu tratamento na saúde mental desde 1987. Depois de ter peregrinado por alguns serviços de saúde, chegou ao Cândido em 1999. Hoje trabalha como assistente administrativo do Núcleo de Oficinas e Trabalho (NOT). Silvana nunca morou na instituição e atualmente reside com uma irmã. Há cinco anos enamorada por Edmon Barbosa, Silvana ainda não faz planos para se casar: “(...) eu gosto de ir levando assim, do jeito que está. Do jeito que está, está bom”.



Silvana se prepara para mandar seu recado aos ouvintes – acervo do autor

Silvio Burza



Silvio Burza nos estúdios da Rádio Educativa, março/2005 – acervo do autor

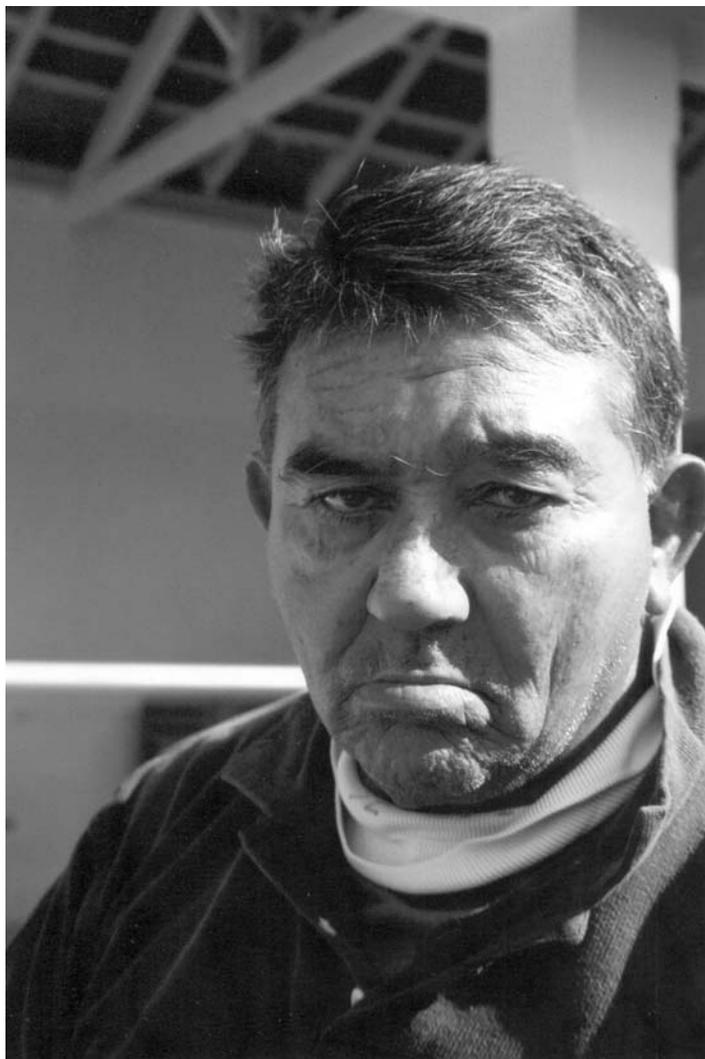
“Eu tenho três filhos, o mais velho tem trinta e dois anos e se chama Sílvio Burza Filho, a do meio se chama Gisele Cristina Burza e a caçula, que mora com a minha ex-esposa, se chama Cláudia Renata Burza. E o Silvio, que nós chamamos carinhosamente de Silvinho, ele tem um filho com o nome de Vinícios, e está com seis anos. E a Gisele tem um garoto que está com dois anos e oito meses, que se chama Rodrigo. Isso aí é a alegria da gente, são maravilhosos os netos”.

O orgulhoso vovô Silvio tem 62 anos. Sua primeira internação em hospital psiquiátrico foi no ano de 1983, passou por vários e há cinco anos chegou no Cândido Ferreira, mas nunca morou na instituição. Entre tantas atividades, Silvio é dono de boa mão para a culinária e atualmente trabalha no café da loja Armazém das Oficinas (loja dos usuários da instituição) e é garçom do buffet da Oficina de Culinária. E suas atividades não param por aí. Silvio é locutor do programa de rádio Maluco Beleza, ator do grupo de teatro SorriDante e representante da Associação Cornélia Vlieg, numa parceria realizada entre a saúde mental de Guarulhos e Laboratórios Pfizer, em que a técnica de tratamento por meio do trabalho foi implantada naquela cidade.



Silvio Burza grava o programa de rádio Maluco Beleza, março/2005 – acervo do autor

João da Silva Leme



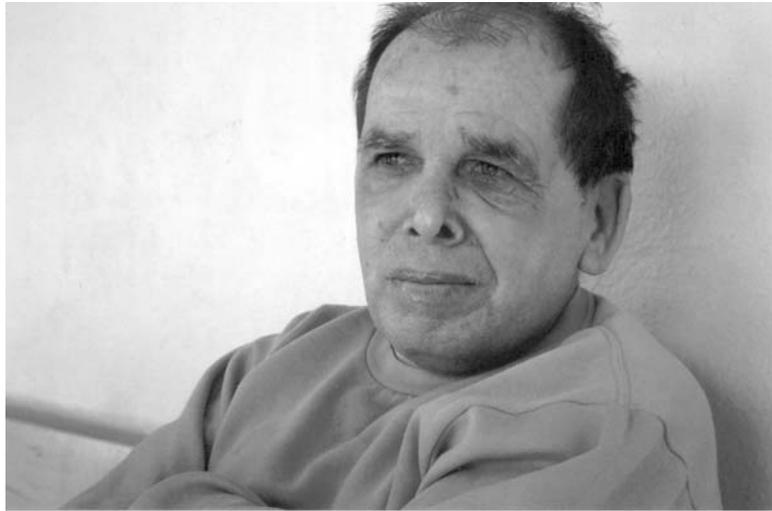
João no pátio do Núcleo Clínico, junho/2005 – acervo do autor

Nascido em Minas Gerais, no ano de 1938, João chegou ao Cândido Ferreira em 1963 e é o morador mais antigo do Núcleo Clínico da instituição, onde ainda se encontra. A dificuldade de estabelecer um diálogo leva João a se expressar por meio de solicitações, geralmente por comida e cigarro. No campo familiar, João possui um irmão, mas bastante ausente, e há tempos não recebe uma visita.



João passa grande parte do seu tempo sentado no interior do pátio do Núcleo Clínico, junho/2005 – acervo do autor

Divino Pereira Dias



Divino com olhar distante diante da máquina fotográfica, junho/2005 – acervo do autor

Natural da cidade de Campinas, interior de São Paulo, nasceu no ano de 1928. Divino é o segundo morador mais antigo do Núcleo Clínico da instituição. Chegou no Cândido Ferreira em 1969 e reside no hospital até o momento. Divino fala, mas com um vocabulário bastante reduzido e com frases muito curtas, inviabilizando o diálogo. Da família, mantém contato com um irmão, que o visita mensalmente para administrar os recursos advindos de sua aposentadoria.



Divino sentado junto aos seus colegas do Núcleo Clínico, junho/2005 – acervo do autor

(...) a população que ficou, que mora ainda aqui no espaço do Cândia atualmente, é uma população que em sua maioria envelheceu dentro dos hospitais psiquiátricos, e com isso o processo de perda foi muito mais intenso. Perdas cognitivas, perdas inclusive do plano do desejo mesmo. Muitas dessas pessoas acabam apresentando, manifestando apenas desejos que a gente pode considerar como instintivos, mesmo, que é a coisa da alimentação, é a coisa da comida. Só consegue se expressar nesse sentido. Basicamente, da comida, nem do auto-cuidado, por exemplo, isso aparece muito. São pessoas, então, extremamente seqüeladas pelo próprio processo de institucionalização que aconteceu durante muito tempo. Então, a gente tem... Lógico que o contato próximo com essas pessoas, diário, da equipe faz com que a gente consiga perceber alguns tipos de detalhe, algum tipo de manifestação, mais através da expressão corporal do que da fala propriamente. A fala já está bastante comprometida, então, o raciocínio muito mais, também. Então, basicamente, não aparece esse desejo de ir para uma casa, mesmo. É a proposta da equipe, baseada nos princípios da reforma psiquiátrica, garantir, porque a gente entende que tem uma melhora de qualidade de vida quando essas pessoas estão numa

moradia, estão em um espaço mais apropriado, com mais individualidade. Aqui, eles ainda dormem em quartos coletivos com cerca de dez camas cada quarto. Então, a gente sabe que isso não é o ideal, que não é... Do ponto de vista, mesmo, da individualidade dessas pessoas é muito ruim. Mas não dá para a gente considerar que partiu deles esse desejo de ir para uma casa, porque esse desejo não apareceu e não apareceria, mesmo, pelas características das pessoas que hoje se encontram aqui. Então, a equipe investe, a equipe avalia, a equipe aposta nessa melhora da qualidade de vida. Então, continua como projeto desse grupo montar moradias com assistência diferenciada. Eu acho que é isso que distingue as moradias quando são montadas para essas pessoas, das que já existem hoje na comunidade, na cidade de Campinas, que é basicamente a forma de assistência que vai ser oferecida para eles. Eles precisam de muito mais cuidado, de muito mais assistência do que as primeiras casas que saíram, onde as pessoas eram bastante autônomas". (Depoimento de Márcio Alexandre Ferreira de Azevedo, Gerente do Núcleo Clínico, pág. 1)

CAPÍTULO 2



Foto Tempo e Memórias, com o usuário /modelo Joaquim Pedro, no ensaio fotográfico Um Outro Olhar – acervo do autor

Memória, Loucura e Velhice

Meu Jeito de Fazer Poesia

Meu motivo não é a poesia espontânea,
Que sai pela voz, no minuto exato da inspiração.
Admiro os que o fazem e não sofrem
Pensando diante de uma página a ser manuscrita.
Meu motivo é a poesia dura de ser arrancada,
Porque se deita na sombra e,
Quer descansar sem ser perturbada.
E como arroubo que se alastra pelo corpo todo,
Fica enraizada no que sou, veias e células
- Incomoda quando rompida dos seus eixos sentimentais.
Se vem assim, cai velozmente sobre o papel,
Destruindo-o, como uma bomba.
Se deixo, espero, ela sai aos poucos, sangue que cai do útero
E se distribui em versos e estrofes, assim sendo:
Uma homenagem a nossa cumplicidade.
Digo em voz alta ou no aconchego do silêncio:
Se meu motivo fosse poesia espontânea eu não escreveria.

Maria Tereza Estaque (36 anos, é usuária do Centro de Convivência e Arte. Além de poeta, é artista plástica e freqüenta esporadicamente a instituição. Esta poesia foi publicada no livro "Histórias Úteis", que reúne uma coletânea de escritores do Cândido Ferreira)

Como o “sangue que cai do útero”, “em voz alta ou no aconchego do silêncio”, que aqui brilhantemente poetiza Maria Tereza Estaque, este capítulo trata das palavras ditas e das silenciadas, pelos velhos do Cândido Ferreira, apresentando os conceitos de memória, loucura e velhice, que foram as pilstras mestras, sobre as quais a pesquisa foi desenvolvida. A tentativa do capítulo é desenvolver um entrelaçamento entre os temas, que foram norteadores de todo o trabalho.

Uma das contribuições desta dissertação é a reconstrução da história dos manicômios sob o prisma de quem a vivenciou. A loucura, os manicômios, as formas de tratamento e a própria reforma psiquiátrica são temas costumeiramente explorados pela literatura científica. A proposta diferenciada que este estudo traz é o fato de reconstruir estas histórias a partir do ponto de vista dos que a vivenciaram e ainda a vivenciam. Trata-se de uma oportunidade de rememoração das pessoas que sentiram e sentem, na própria pele, as transformações das formas de cuidar no âmbito da saúde mental. A opção de metodologia desta pesquisa foi tomar como depoentes as pessoas que sempre estiveram do lado mais fraco das relações nestes espaços de tratamento psiquiátrico. A partir de rememorações das pessoas, que passaram parte de suas vidas em tratamento mental, dá-se a oportunidade aos mais vulneráveis, para exporem suas recordações e trazerem à luz da ciência um saber desconhecido e subterrâneo.

A opção pelos velhos da instituição se faz a partir do entendimento que esta população foi a que mais tempo viveu a forma antiga de tratamento, assim como as transformações e os impactos da reforma psiquiátrica. A população idosa da instituição sofre dupla marginalização: primeiro pelo estigma que carrega com relação a própria condição de saúde e todo o entorno preconceituoso que o diagnóstico psiquiátrico ainda carrega consigo; e, além disso, o fato da velhice ter chegado, e com ela, todos os estigmas relativos aos idosos. Ser velho, “louco”, e, na maioria dos casos, pobre, não é nada fácil na sociedade ocidental, que valoriza o jovem, o saudável e o economicamente ativo.

O estigma presente na forma da sociedade enxergar o velho advém do culto à beleza, do vigor e da capacidade de consumir do jovem. O processo de envelhecimento dá seus primeiros sinais através do corpo. As rugas, os

cabelos grisalhos, a calvície, entre tantos outros, são demonstrativos da passagem do tempo, e, portanto, do próprio envelhecer. Numa sociedade que supervaloriza o jovem, os sinais de envelhecimento podem significar perdas para as pessoas. Só para citar um exemplo, observe-se a dificuldade que a maioria das pessoas tem de arrumar emprego ainda quando se encontram na meia idade, o que dirá na velhice. Ou mesmo o preconceito existente com relação ao idoso que se apaixona e demonstra esse afeto. Preconceito que se acentua se o parceiro for por uma pessoa mais jovem, pois nesse caso, o controle social pode ser ainda muito maior.

“A noção de estigma é bastante esclarecedora, no sentido de auxiliar o entendimento da velhice. A velhice, no seu sentido estigmatizado propõe uma avaliação ampliada a partir da aparência do corpo envelhecido – marcas físicas visíveis – para a mente. Há, assim, na concepção estigmatizada de velho, uma correlação explícita entre o corpo e a mente, entre o declínio físico e, também, conseqüentemente – pela lógica linear – da deterioração da mente”. MERCADANTE (1998 : 62)

O idoso deve ser compreendido em sua diversidade e sua subjetividade. O olhar sobre o velho tem de ser ampliado, atentando para a alteridade nas várias formas de velhice e de envelhecimento. Uma visão simplista sobre o velho, realizada somente a partir dos sinais aparentes do corpo, leva-nos a avaliações cada vez mais distantes da essência deste velho. Há de se buscar o que há por detrás das aparências deste ser velho, qual sua essência, sua identidade, sua singularidade.

“...Sempre se é velho a partir do olhar dos outros. A surpresa que ocorre entre os sujeitos classificados como velhos, ocorre pela defasagem que se dá entre o corpo-aparência e a experiência interna vivida.

Nessa discrepância entre o interno e o externo, uma ênfase maior se dá ao externo e, este passa então a ordenar o interno. Velhice, passa a ser, assim, uma categoria cronológica externa, que classifica os indivíduos. Mede-se por um tempo externo (anos, meses, dias, horas) toda uma experiência vivida dos sujeitos". MERCADANTE (1998 : 60/61)

Em que se pese o processo de envelhecimento ser tratado pela ciência como um momento de perdas em relação a muitos aspectos da vida¹, pode-se afirmar que, à revelia destas perdas, encontra-se o acúmulo de informações e experiências vivenciadas, o que indica o idoso como um rememorador cheio de lembranças e conteúdos.

"O processo de envelhecimento, sem dúvida, desencadeia o aumento de limitações de ordem biológica, em decorrência de fatores de natureza genética e ambiental. No entanto, ressaltados casos de ocorrência de patologias graves que comprometam funcionalidade física e mental, na velhice, é possível haver conservação de competências e habilidades intelectuais, bem como o funcionamento do ego. A acumulação de experiências permite a alguns idosos até mesmo alcançar elevado grau de especialização e domínio nos mais diversos campos das atividades humanas. Um domínio em que os mais velhos podem, de fato, destacar-se, graças ao acúmulo de informações e experiências é o de narrar, interpretar o passado, bem como analisar o presente à luz da experiência progressa". GIGLIO & von SIMSON (2001 : 143)

Giglio & von Simson ressaltam também a importância do depoente rememorador ser um velho, uma vez que nesta fase da vida, via de regra, a pessoa já passou por um dos ciclos de seu desenvolvimento, que é o da individuação.

¹ Este processo será tratado com maior profundidade no sub-item "Velhice".

“Falando do ponto de vista da psicologia analítica junguiana, a individuação é um processo de desenvolvimento humano adulto que se dá na segunda metade da vida. Jung dividiu o ciclo da vida em quatro etapas – infância, primeira fase da vida adulta, segunda fase da idade adulta e velhice. Sua preocupação maior foi com a transição da meia-idade – passagem da primeira fase para a segunda fase da idade adulta – que, segundo esse autor, consiste em um novo processo de desenvolvimento interno, que confere à segunda metade da vida, um caráter diferente do que havia caracterizado a primeira metade. Assim, a individuação é ‘(...) um processo mediante o qual um homem se torna o ser único que de fato é” (Jung 1934, p. 50, § 267)”. GIGLIO & von SIMSON (2001 : 145)

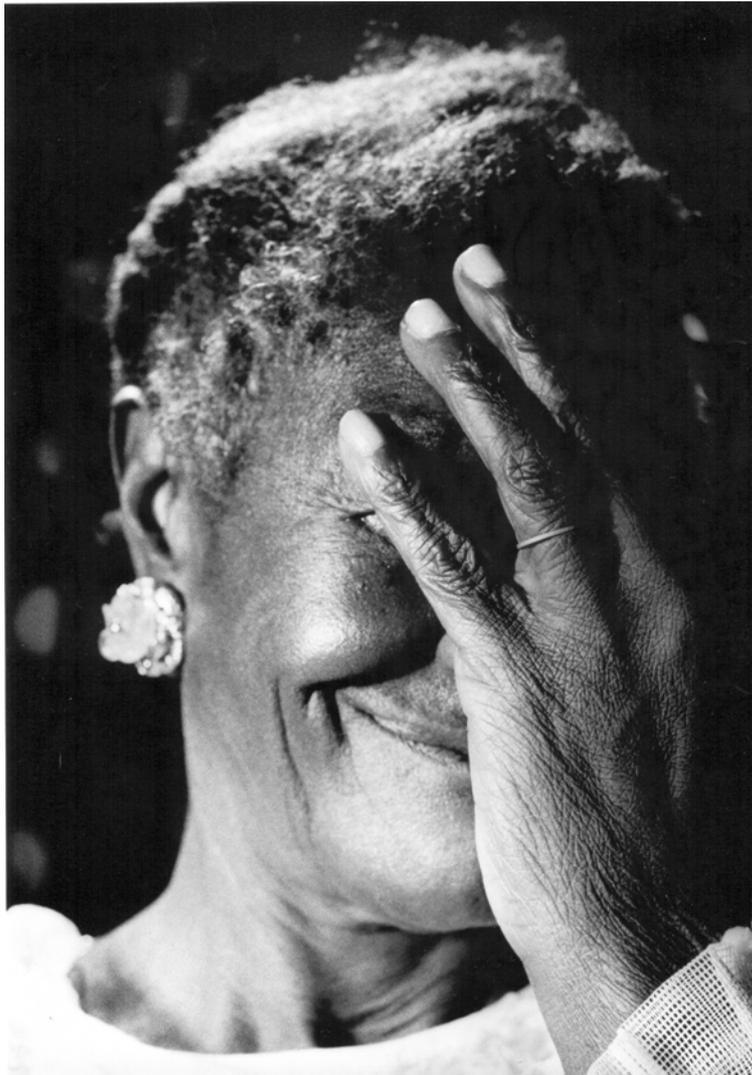
A pesquisa “Memória, Loucura e Velhice” se propõe a enxergar os velhos do Cândido Ferreira para além de depoentes, os colocando como co-autores do resultado final da dissertação. A interação entre pesquisador e entrevistados foi fundamental para que os idosos colaborassem de forma determinante com o trabalho.

“No caso de informantes idosos, não apenas os fatos podem ser enriquecidos por outros ângulos de visão, como sua atuação na história pode ganhar dimensões que eles não chegariam a conhecer se não tivessem a oportunidade de visitar o passado com outra pessoa, de sua confiança e intensamente interessada nessa reconstrução”. GIGLIO & SIMSON (2001 : 149)

Esta população idosa, portadora de transtorno mental, marginalizada, resistente e atuante na reconstrução de suas histórias, colaborou de forma ímpar com a pesquisa, a partir do momento que conseguiu colocar os óculos

do presente para reconstruir as vivências e experiências do passado², de forma desprendida, singular e, porque não afirmar, generosa, pois o ato de dar uma entrevista, é, antes de mais nada, um ato de doação.

Memória



Margarida – foto com a usuária/modelo Margarida Nascimento, do ensaio Um Outro Olhar – acervo do autor

² GIGLIO, Zula Garcia & von SIMSON, Olga Rodrigues M. (A Arte de Recriar o Passado: História Oral e Velhice Bem-sucedida, in Desenvolvimento e Envelhecimento: Perspectivas Biológicas e Sociológicas, NERI, Anita Liberalesso (org), Campinas, Papiurus, 2001)

Os idosos do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, a partir do momento em que se dispuseram a dar testemunhos para esta pesquisa, demonstraram a confiança de que este trabalho será algo que vai os ajudar a reconstruir seu passado de forma digna, mas contada por eles mesmos. Esse aval é passado pelo ato despojado de recordar suas vivências, mesmo sabendo que estas experiências não foram as mais felizes e prazerosas. Num ato de coragem, os idosos buscam as lembranças e as trazem para um reconstruir consciente.

“A lembrança é a sobrevivência do passado. O passado, conservando-se no espírito de cada ser humano, aflora à consciência na forma de imagens-lembrança”. BOSI (1994 : 53)

O ato de lembrar, de rememorar, de recordar o passado, é uma função que a sociedade espera dos idosos. Talvez pelo entendimento de que esta pessoa que viveu muitos anos e agora se encontra na chamada terceira idade, disponha de mais tempo, menos afazeres, geralmente desobrigado de papéis sociais ligados ao trabalho, com uma agenda menos compromissada, e esses fatores, somados ao fato dos anos vividos, fazem da pessoa idosa uma fonte rica de informação. Acontece, porém, que mesmo sendo parcialmente verdadeiras as afirmativas deste parágrafo, não se pode cair na armadilha de estigmatizar o velho como um “desocupado”, com tempo livre de sobra para rememorar. Nos dias de hoje, muitos idosos se vêem na obrigação de continuarem suas atividades profissionais, ou reinventarem atividades, para ajudarem a compor a renda advinda da aposentadoria, que na maioria das vezes, não cobre as suas despesas. Além disso, não podemos perder de vista o fato de que rememorar é um ato de intenso trabalho.

“Haveria, portanto, para o velho uma espécie singular de obrigação social, que não pesa sobre os homens de outras idades: a obrigação de lembrar, e lembrar bem. Convém, entretanto, matizar a

afirmação de Halbwachs. Nem toda sociedade espera, ou exige, dos velhos que se desencarreguem dessa função. Em outros termos, os graus de expectativa ou de exigência não são os mesmos em toda parte. O que se poderia, no entanto, verificar, na sociedade em que vivemos, é a hipótese mais geral de que o homem ativo (independentemente de sua idade) se ocupa menos em lembrar, exerce menos freqüentemente a atividade de memória, ao passo que o homem já afastado dos afazeres mais prementes do cotidiano, se dá mais habitualmente à refacção do seu passado". BOSI (1994 : 63)

Este ato de reconstruir o passado desempenhado pelos idosos, coloca a memória num importante patamar com relação à sua função social. A possibilidade de afastamento dos afazeres cotidianos rotineiros, que muitas vezes consomem todo o tempo do dia de uma pessoa, possibilita ao idoso uma atitude mais despojada para relembrar.

"É o momento de desempenhar a alta função da lembrança. Não porque as sensações se enfraquecem, mas porque o interesse se desloca, as reflexões seguem outra linha e se dobram sobre a quintessência do vivido. Cresce a nitidez e o número de imagens de outrora, e esta faculdade de relembrar exige um espírito desperto, a capacidade de não confundir a vida atual com a que passou, de reconhecer as lembranças e opô-las às imagens de agora. Não há evocação sem uma inteligência do presente, um homem não sabe o que ele é se não for capaz de sair das determinações atuais". BOSI (1994 : 81)

A memória individual do idoso pode ser considerada um tesouro, que compõe outro tesouro ainda maior: a memória coletiva.

“Por muito que deva à memória coletiva, é o indivíduo que recorda. Ele é o memorizador e das camadas do passado a que tem acesso pode reter objetos que são, para ele, e só para ele, significativos dentro de um tesouro comum”. BOSI (1994 : 411)

As memórias advindas de vários pontos de vista, permitem uma reconstrução de uma memória, formada por muitos enfoques, muitas maneiras de olhar para o passado, aproximando-o mais do real, permitindo uma certa fidelidade aos fatos.

“Para Halbwachs, cada memória individual é um ponto de vista sobre a memória coletiva”. BOSI (1994 : 413)

A reconstrução do passado por meio da memória dos idosos do Cândido Ferreira teve como objetivo a aproximação à realidade por eles vivenciada. Na tentativa de atingir esta meta, como já vimos anteriormente, no capítulo sobre metodologia, foi acrescido às memórias dos velhos, memórias de outros informantes colaboradores, como médicos, filantropos, membros da diretoria e vizinhos da instituição. Estas memórias somadas permitiram uma versão da realidade mais próxima possível da realidade vivida. Esta mesma preocupação é compartilhada com GIGLIO & von SIMSON, no artigo “A Arte de Recriar o Passado: História Oral e Velhice Bem-Sucedida”:

“Ao empregar método biográfico em pesquisa de caráter sócio-histórico, não temos tido como única preocupação a reconstrução de fatos do passado recente como verdades históricas, como um esforço de apreender novos detalhes e conseqüências desses fatos. Também temos tentado capturar e empreender visões de mundo, desejos e utopias elaboradas por diferentes estratos ou grupos sociais envolvidos naqueles fatos e os mecanismos da propagação deles, primeiramente

entre os membros do próprio grupo e depois, alargando o alcance de sua influência, a fim de atingir outros espaços sociais. Assim, não trabalhamos com testemunhos únicos, mas sempre com múltiplos testemunhos orais, obtidos de uma rede de informantes que se estabelece durante a pesquisa”. GIGLIO & von SIMSON (2001 : 142)

A participação de idosos no processo de reconstrução histórica através de rememoração não só traz à pesquisa uma colaboração preciosa, como beneficia o próprio recordador. O velho recordador passa a ser visto de forma diferenciada pela comunidade envolvida, uma vez que é valorizado o seu saber, a sua memória, possibilitando o papel importante de informante abalizado daquela comunidade.

“(...) Assim, pessoas mais velhas, já aposentadas, mas com faculdades de memórias intactas, são os informantes ideais e excelentes testemunhos orais podem ser elaborados nesse tipo de parceria. (...) A experiência tem mostrado que as pessoas de mais idade são participantes valiosos no processo de coleta de dados e que, por sua vez, beneficiam-se psicológica e socialmente ao desempenhar o papel de informantes”. GIGLIO & von SIMSON (2001 : 142/143)

No caso dos idosos do Cândido Ferreira, nem todos os recordadores apresentavam a memória intacta. Muitas vezes, os colaboradores apresentaram fragmentos de memória que, somados a outros fragmentos, possibilitaram a reconstrução histórica, a que metaforicamente pode ser comparada à elaboração de uma colcha de retalhos, montada com diversos “retalhos”, advindos de diversos tecidos, com estampas, texturas e fios específicos, o que só veio enriquecer a trama da pesquisa.

No uso da metodologia empregada neste trabalho, há de se considerar, além das memórias proclamadas, os silêncios e os não ditos dos entrevistados,

significá-los, interpretá-los, e entendê-los como parte integrante e importante do discurso.

“Na ausência de toda possibilidade de se fazer compreender o silêncio sobre si próprio – diferente do esquecimento – pode mesmo ser uma condição necessária (presumida ou real) para a manutenção da comunicação com o meio-ambiente (...)” POLLAK (1989 : 13)

Os manicômios pelos quais passaram e viveram nossos idosos em questão, muitas vezes puniram nossos entrevistados, justamente pelo fato de se expressarem. O desejado “bom comportamento” passava por uma submissão total às regras da instituição³, e hoje não é de se estranhar que alguns usuários nem falam, outros falam pouco e os silêncios ainda compõem de maneira significativa o seu discurso.

“Por conseguinte, existem nas lembranças de uns e de outros zonas de sombra, silêncios, ‘não ditos’. As fronteiras desses silêncios e ‘não ditos’ com o esquecimento definitivo e o reprimido inconsciente não são evidentemente estanques e estão em perpétuo deslocamento⁴. Essa tipologia de discursos, de silêncios, e também de alusões e metáforas, é moldada pela angústia de não encontrar um escuta, de ser punido por aquilo que se diz, ou, ao menos, de se expor a mal-entendidos”. POLLAK (1989 : 8)

E complementa:

³ GOFFMAN, Erving. *Manicômios, Prisões e Conventos*. São Paulo: Editora Perspectiva, 2003.

⁴ OLIEVENSTEIN, C. *Les non-dits de l'émotion*, Paris, Odile Jacob, 1988.

“Pode-se imaginar, para aqueles e aquelas cuja vida foi marcada por múltiplas rupturas e traumatismos, a dificuldade colocada por esse trabalho de construção de uma coerência e de uma continuidade de sua própria história. Assim, como as memórias coletivas e a ordem social que elas contribuem para constituir, a memória individual resulta da gestão de um equilíbrio precário, de um sem-número de contradições e de tensões”. POLLAK (1989 : 13)

Esta pesquisa teve o intuito de partilhar a memória dos velhos do Cândido Ferreira, em primeiro lugar entre eles mesmos, para que, desta forma, esse relembrar pudesse colaborar com a construção da identidade individual na fase de desospitalização e, posteriormente, compartilhar essas memórias com um público muito mais amplo, reconstruindo assim um trecho da trajetória vivida por essa população, que é uma parte importante, embora ainda subterrânea, pertencente à memória coletiva de toda sociedade.

“Do ponto de vista psíquico, afetivo, emocional, a pessoa que envelhece só poderá ter a noção de que as informações de que dispõe são preciosas, e não um fardo inútil, se seu meio social se interessar por elas, ou seja, se as acolher como interessantes ou úteis; só terá a noção de que suas informações são únicas porque têm sido guardadas na sua memória individual, original, se tiver a oportunidade de partilhá-las com outros detentores de lembranças dos mesmos fatos e épocas. Assim, as pessoas de mais idade dentro de um grupo sociocultural podem afirmar a sua própria identidade, expandir as fronteiras de seu valor, reconhecerem-se como participantes da vida atual do grupo, por meio da memória compartilhada, porque a identidade individual é uma instância que depende do outro”. GIGLIO & von SIMSON (2001 : 144)

A memória colhida para a reconstrução da história destes idosos, deve ser considerada como uma representação da realidade e não uma reconstituição do real⁵, uma vez que a memória é um fator socialmente construído.

“Assim, podemos perceber que o trabalho com a memória – no qual os velhos têm papel fundamental – não nos aprisiona no passado, mas nos conduz com muito mais segurança para o enfrentamento dos problemas atuais. Ao permitir a reconstrução de aspectos do passado recente, o trabalho com a memória também possibilita uma transformação da consciência das pessoas nele envolvidas direta ou indiretamente no que concerne à própria documentação histórica (ampliando essa noção que abarca, agora, os mais diversos suportes: textos, objetos, imagens fotográficas, músicas, lugares, sabores, cheiros), compreendendo seu valor na vida local, pensando maneiras de recuperá-la e conservá-la. Esse mergulho conjunto e compartilhado no passado nos faz emergir mais conscientes dos problemas contemporâneos da vida da comunidade estudada e, em geral, conduz naturalmente a ações e politicamente conscientes, que visam a sua superação”. GIGLIO & von SIMSON (2001 : 160)

⁵ POLLAK, Michel. *Estudos Históricos*. Rio de Janeiro, vol.5, n. 10, 1992, p. 200-212.

Loucura



Conceição participa de culto ecumênico em comemoração aos 80 anos do Cândido Ferreira, abril/2004 – acervo do Cândido Ferreira

O que seria normal nessa sociedade em que se vive atualmente? Qual a lógica encontrada na violência das ruas, na destruição da natureza, nos homicídios entre familiares, na falta de delicadeza que tomou conta da

humanidade, não dando a devida importância ao que existe de mais precioso e frágil – a vida.

Nota-se um forte preconceito ainda existente com relação aos loucos, à loucura, enquanto os ditos normais moram em casas cada vez mais cheias de grades, muros altos, cercas elétricas, todo aparato de segurança, e mesmo assim, com medo de parar nos semáforos, de abrir o vidro do carro, de caminhar pelas calçadas... Assistir a uma partida de futebol num estádio pode significar a morte. O stress, a falta de qualidade de vida, a busca incessante pelo cobiçado dinheiro, move os interesses dos homens, que nascem, crescem e morrem, muitas vezes sem experimentar a felicidade. Nações inteiras são destruídas numa guerra, e para quê? Qual a sanidade mental dos governantes que as destroem?

Paralelamente a isto, na instituição pesquisada⁶ os usuários tentam retomar a normalidade de suas vidas, trabalhando, plantando, pintando, bordando, fazendo arte, criando novas alternativas de renda, comunicando-se pelo rádio, pelo jornal, fazendo diversas terapias e atividades, e mesmo assim, por possuírem um diagnóstico “x”, são considerados loucos.

Vê-se uma confusão de conceitos sobre loucura e normalidade na sociedade atual. A loucura, muitas vezes, é associada a comportamentos agressivos. Basta uma pessoa matar ou tentar matar alguém e pronto, já é considerada uma pessoa louca. A loucura associada à criminalidade faz com que os usuários do Cândia Ferreira, que têm senso crítico para verbalizar esta contradição, sintam-se indignados. Já dizia Caetano Veloso em sua bela canção, o Estrangeiro, num tom de deboche, fazendo alusão a visão simplista da sociedade sobre estes fenômenos elencados acima:

*“o certo é louco tomar eletrochoque,
o certo é saber que o certo é certo”*

E numa outra obra, o poeta baiano, na música Vaca Profana, profetiza:

⁶ O Capítulo A História do Serviço de Saúde Dr. Cândia Ferreira detalhará a instituição pesquisada.

“de perto ninguém é normal”

A loucura sempre foi um fenômeno social interpretado de várias formas, conforme a época e os contextos. Historicamente foi entendida de diversas maneiras pela sociedade. O louco, de dono da razão, passou a ser considerado um ser que perdeu a razão, depois um possesso, sob o controle da Igreja, até chegar a ser classificado como um doente, quando sob o domínio da Medicina. Foram diversos os tratamentos destinados ao louco, e são ainda recentes os cuidados menos agressivos, que vieram com a reforma psiquiátrica. Na instituição pesquisada, a reforma teve início no ano de 1990.

Na Antiguidade das civilizações greco-romanas, muitas doenças eram tidas como manifestações sobrenaturais, ligadas aos deuses e aos demônios⁷. O tratamento dado pelo cristianismo aos loucos era de respeito, e as crises eram atribuídas aos espíritos maus. Na Idade Média, a sociedade feudal tinha um entendimento de que o mundo seguia as regras de Deus, e os considerados desviantes – os loucos – eram tidos como bruxos. As famílias abandonavam os “possuídos”, mas a sociedade os provia de sustento e abrigo provisório, e assim vagavam pelas cidades junto com os pobres e retardados. Esses marginalizados tinham razão de uso aos abastados sociais, que acreditavam salvar suas almas ao dar esmolas a eles.

“A loucura é o ponto mais baixo da humanidade ao qual Deus consentiu em sua encarnação, querendo mostrar com isso que nada existe de inumano no homem que não possa ser resgatado e salvo; o ponto último da queda foi glorificado pela presença divina, e é esta lição que a loucura ainda fornece para o século XVII”. FOCAULT (2003 : 157)

⁷ SERRANO, Alan Índio. *O que é Psiquiatria Alternativa*. São Paulo, Editora Brasiliense, 1985.

Com o processo de decadência do feudalismo, as cidades cresceram e surgiram os problemas sanitários e sociais. Outro fator importante foi a descoberta da América, que enriqueceu setores da nobreza, dos comerciantes europeus e da classe governante. Os preços altos deixaram inacessíveis os artigos de primeira necessidade, elevando o número de mendigos das cidades.

No novo modelo de pensamento burguês da era moderna, a Igreja perde força e o trabalho e o dinheiro são muito mais valorizados que os bens espirituais. Neste momento, os pobres e os loucos passaram a ser temidos pela sociedade, como uma ameaça, e a visão social sobre eles se transforma. A sociedade passa a vê-los agora como vagabundos, que não querem produzir, nos moldes dos padrões capitalistas, e os castiga forçando-os à produção, e se mesmo assim não abandonarem o ócio, os expulsa das cidades. O louco, agora um perigoso, tem a prisão como seu destino. Nesse mesmo período, sobram vagas nos leprosários, com a diminuição da doença e para lá são encaminhados os loucos e pobres, com o intuito de apartá-los do convívio social e forçá-los a trabalhar. Começa aí a institucionalização da loucura.

“Considerando sua formulação mais simples e sob seus aspectos mais exteriores, o internamento parece indicar que a razão clássica conjurou todos os poderes da loucura e que conseguiu estabelecer uma linha divisória decisiva ao próprio nível das instituições sociais. Num certo sentido, o internamento aparece como um exorcismo bem sucedido”. FOCALULT (2003 : 141)

A caridade da sociedade cristã, que antes via a ajuda aos pobres e loucos como uma espécie de indulgência para conquistar o reino dos céus, nesse contexto se torna uma caridade leiga, também chamada de filantropia, destinada às instituições, como a que se pratica atualmente.

“Toda instituição conquista parte do tempo e do interesse se seus participantes e lhes dá algo de um mundo; em resumo, toda instituição tem tendências de ‘fechamento’. Quando resenhamos as diferentes instituições de nossa sociedade ocidental, verificamos que algumas são muito mais ‘fechadas’ do que outras. Seu ‘fechamento’ ou caráter total é simbolizado pela barreira à relação social com o mundo externo e ter proibições à saída que muitas vezes estão incluídas no esquema físico – por exemplo, portas fechadas, paredes altas, arame farpado, fossos, água, florestas ou pântanos”. GOFFMAN (2003 : 16)

Neste contexto asilar é que nasce a psiquiatria. A sociedade já não aceitava a loucura a partir de uma explicação espiritual e a ciência, a partir do domínio da medicina, desenvolve a psiquiatria para tratar dos loucos. A partir desse momento a loucura é tida como doença mental.

“A tendência para praticar a exclusão faz parte da condição humana. Nós, humanos, adotamos atitudes de exclusão das mais variadas formas e com as mais variadas justificativas. Há exclusão em geral, quando se depara com aquilo que não se compreende, com o que choca, com o que não é padrão, com o que é diferente”. VALENTINI (1999 : 7)

Com o advento da Revolução Industrial, entre o fim do século XVIII e início do século XIX, crescem as fábricas, com elas os operários, os problemas sociais, e decorrentes deles, aumentam os sofrimentos psíquicos. Nesse contexto, o louco é separado dos criminosos, e é transferido para os manicômios, e passa a ter sua alta condicionada a um laudo médico que o avalie como uma pessoa não perigosa.

“A disposição básica da sociedade moderna é que o indivíduo tende a dormir, brincar e trabalhar em diferentes lugares, com diferentes co-participantes, sob diferentes autoridades e sem um plano racional geral. O aspecto central das instituições totais pode ser descrito com a ruptura das barreiras que comumente separam essas três esferas da vida. Em primeiro lugar, todos os aspectos da vida são realizados no mesmo local e sob uma única autoridade. Em segundo lugar, cada fase da atividade diária do participante é realizada na companhia imediata de um grupo relativamente grande de outras pessoas, todas elas tratadas da mesma forma e obrigadas a fazer as mesmas coisas em conjunto. Em terceiro lugar, todas as atividades diárias são rigorosamente estabelecidas em horários, pois uma atividade leva, em tempo predeterminado, à seguinte, e toda a seqüência de atividades é imposta de cima, por um sistema de regras formais explícitas e um grupo de funcionários. Finalmente, as várias atividades obrigatórias são reunidas num plano racional único, supostamente planejado para atender aos objetivos oficiais da instituição”. GOFFMAN (2003 : 17/18)

Velhice



Reverência – foto com o usuário/modelo José Marques, no ensaio Um Outro Olhar – acervo do autor

O fato do envelhecimento, de tornar-se um ser velho, pode ser considerado um processo natural, inerente ao ser humano. Mas pode-se questionar: o que isso representa na sociedade ocidental? Quais são as implicações que este fato natural traz ao ser que envelhece? A construção cultural do envelhecimento tem sido um processo norteado por estigmas, que fazem do velho um ser marginalizado. Estes estereótipos devem ser revistos com certa urgência, uma vez que nossa sociedade envelhece a passos largos.

Segundo pesquisa de distribuição etária na região metropolitana de Campinas, em que se localiza a instituição pesquisada, divulgada em maio de 2005⁸, as faixas etárias de maior contingência, no período compreendido entre os anos de 2000 a 2005, encontra-se a terceira idade ou pessoas prestes a completar 60 anos. A faixa compreendida entre 55 e 59 anos foi a que mais cresceu nos últimos cinco anos, com um aumento de 34,9%, oscilando de 77.843 habitantes para os atuais 105.037. A população de 60 a 74 anos cresceu 16,5%, saltando de 154.101 para 179.658. Já o grupo com idade acima de 75 anos teve um aumento de 21,8%, representando um crescimento de 47.264 para 57.608 pessoas. Em contrapartida ao crescimento da população idosa, a pesquisa aponta uma queda de 0,26% entre a população com menos de 15 anos, diminuindo de 596.189 para 594.606 habitantes. O mesmo fenômeno ocorre com o contingente de até 30 anos, que teve redução de 53,6% em 2000, para 50,8%, no ano de 2005.

Este fenômeno de envelhecimento populacional reflete uma tendência nacional e mundial. No Brasil, este crescimento vem sendo percebido pelos estudiosos, desde 1940:

“O crescimento da população idosa torna-se cada vez mais relevante porque já supera o crescimento da população total. Com efeito, isso já ocorria em 1940 e se manteve nos últimos 50 anos.

⁸ Pesquisa realizada pela Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (Seade), publicada pelo jornal Correio Popular, no dia 19 de maio de 2005, em matéria intitulada “População da RMC envelhece, conclui Seade”, caderno Cidades, pág 11.

Enquanto o crescimento médio anual no período 1940-50 era de 2,34%, o da população idosa era de 2,57%. A partir de 1960 a população total, como já vimos, teve seu crescimento desacelerado, o que só ocorreu em 1991 com a população de 65 anos e mais". BERQUÓ (1999 : 17)

Segundo análise realizada em 1999, por Elza Berquó, Presidente da Comissão Nacional de População e Desenvolvimento, referindo-se à chamada terceira idade:

"Projeções feitas até 2000 apontam para uma redução no crescimento desse segmento populacional até 2010, voltando a crescer entre 2010 e 2020, para alcançar taxa de 3,80% ao ano. Isso estará ocorrendo enquanto a população total continuará experimentando descenso em seu ritmo de crescimento, chegando a uma taxa de 1% entre 2010 e 2020". BERQUÓ (1999 : 17)

E acrescenta:

"Pensando em termos de futuro, espera-se chegar ao final do século com 8.658.000 idosos, ou seja, 1 em cada 20 brasileiros terá 65 anos e mais. Esse número crescerá para 16.224.000 em 2020, quando 1 em cada 13 pertencerá à população idosa". BERQUÓ (1999 : 20)

Os dados numéricos apresentados são importantes para que se trace um panorama quantitativo da população e sua tendência ao envelhecimento. Deve-se tomar cuidado, porém, para não tornar superficial o olhar sobre este fenômeno. A velhice é uma categoria socialmente produzida. O ciclo biológico do ser humano, considerado natural, deve ser entendido dentro de uma

perspectiva que contemple o olhar sobre a construção sócio-histórica da velhice, e as diferentes formas de envelhecer presentes nas sociedades.

“A dificuldade mais evidente, cujo tratamento dá início a boa parte dos manuais e cursos dirigidos à formação de antropólogos interessados em pesquisar o envelhecimento, é a consideração de que a velhice é uma categoria socialmente produzida. Faz-se, assim, uma distinção entre um fato universal e natural – o ciclo biológico, do ser humano e de boa parte das espécies naturais, que envolve o nascimento, o crescimento e a morte – e um fato social e histórico que é a variabilidade das formas pelas quais o envelhecimento é concebido e vivido. Da perspectiva antropológica, mas também do ponto de vista da pesquisa histórica, trata-se de ressaltar, em primeiro lugar, que as representações sobre a velhice, a idade a partir da qual os indivíduos são considerados velhos, a posição social dos velhos e o tratamento que lhes é dado pelos jovens, ganham significados particulares em contextos históricos, sociais e culturais distintos. A mesma perspectiva orienta a análise das outras etapas da vida, como a infância, a adolescência e a juventude”.
DEBERT (1998 : 8)

O contexto histórico, social e cultural é fundamental na construção de significados sobre a velhice e o envelhecimento. As complexas relações sociais em que os seres humanos vivem e estabelecem suas trocas, via de regra apresentam certa dificuldade para conviver com a alteridade. Na sociedade brasileira, em que a valorização está centrada no jovem, no “macho adulto branco sempre no comando⁹”, os velhos ainda buscam conquistar seus espaços nas relações políticas e de poder.

⁹ VELOSO, Caetano. O Estrangeiro.

“Entre o ontem e o amanhã – ayer y mañana – do tempo físico e social, o hoje, presente conjuntivo de vidas humanas, revela a circunstância histórica que define lugares próprios de sujeitos sociais, uns perante os outros. A essa realidade, a um só tempo, política e sociológica, impõem-se demandas diversas e, entre elas, a do espaço vivido como espaço da ordem, mas também da desordem; espaço constituído, mas também em constituição. Nessa dimensão complexa e dinâmica, os trânsitos sociais conduzem os fatos da cultura e os fatos da natureza a comporem as relações entre os homens, antes de mais nada, como relações políticas, como relações de poder que, imersas no contexto, configuram-se em aproximações, afastamentos, hierarquias, oposições, conflitos e resistências”. GUSMÃO (2003 : 15)

A construção simbólica da velhice deve prever maneiras singulares de envelhecimento. A diversidade do envelhecer é “conseqüência de uma história de vida que, à medida que o tempo passa, vai acrescentando processos de desenvolvimento individual e de socialização junto ao grupo em que se insere: internalizando normas, regras, valores, cultura¹⁰”. A construção da velhice passa pelas experiências individuais e coletivas, e pela diversidade social e cultural.

“Viver a vida consiste, assim, desde que se nasce, num ‘trabalho’ que constrói a criança, o adulto, o velho, não como ‘seres’ dotados de ‘natureza’, mas produto e produtores de experiências. Tais experiências decorrem da heterogeneidade social e cultural e são uma construção tanto individual como coletiva, já que o individual só existe quando reconhecido e partilhado pelos outros (Dubet, 1996, p. 104)”. GUSMÃO (2003 : 18)

¹⁰ PEIXOTO, C.E. Histórias de mulheres, de envelhecimento e sexualidade, in Políticas do corpo e o curso da vida. DEBERT, G. G. & GOLDSTEIN, D. M. (orgs.). São Paulo, Editora Sumaré, 2000 – pág. 293.

Ao longo dos séculos poucas pessoas conquistaram uma velhice bem-sucedida, mesmo porque se morria muito cedo. Os estudos sobre velhice se dedicaram a mostrar o envelhecimento como processo degenerativo, negando a pessoas idosas a possibilidade de crescimento e desenvolvimento, e associando a idade avançada à morte. Mesmo atualmente, ainda encontramos muitos estudos debruçados sobre os aspectos negativos da velhice, o que produz um efeito simbólico negativo na sociedade, fazendo com que, ainda hoje, muitas pessoas associem o envelhecimento a fatos negativos, carregados de preconceitos e estigmas.

“A despeito de algumas poucas afirmações factuais e de muitas fantasias sobre a existência de velhos longevos, poderosos e respeitados, ao longo dos séculos esse tipo de velhice foi evento de rara ocorrência. Poucos de fato lograram esses resultados. À falta de melhor explicação, uma longa e bem-sucedida velhice era atribuída ao destino, à virtude, à posse de conhecimentos secretos e ao sobrenatural. O mais comum era a velhice ser vivida em meio à fragilidade, ao afastamento e às doenças, que a transformavam numa experiência temida pela maioria das pessoas. No âmbito das ciências naturais e sociais que se desenvolveram no século XX, também não havia lugar para a consideração da velhice como outra coisa, senão um período de doenças, perdas e negação do desenvolvimento. O arcabouço teórico das disciplinas comportamentais repousou sobre essa noção, que se reflete nas teorias clássicas sobre o desenvolvimento humano. Durante mais de meio século, elas só contemplaram a infância e a adolescência e negaram à velhice a possibilidade de crescimento”. NERI (2003 : 7)

O aumento dos índices de população idosa nas sociedades contemporâneas e a previsão de que esta taxa aumente significativamente, têm levado a sociedade a refletir, de forma mais ampliada, sobre o envelhecer. As práticas de gestão da velhice estão sendo revistas nas políticas públicas,

principalmente em países como o Brasil, em que se estima um crescimento percentual acelerado de idosos até o ano de 2020.

“O avanço do processo de envelhecimento populacional ocorrido em muitos países, caracterizado por diminuição nas taxas de natalidade, com o aumento da mortalidade entre jovens e adultos e aumento da longevidade, acarretou uma ocorrência nova na experiência humana: a sobrevivência de um número cada vez maior de indivíduos idosos, relativamente saudáveis e com possibilidade de viverem a velhice de modo ativo e participativo. Novos conceitos de velhice, novas idades, novas expectativas de comportamento e sobretudo novas formas de gestão da velhice emergiram dessa realidade. O que temos hoje, mesmo em países em desenvolvimento como o Brasil, onde os velhos ainda formam um percentual relativamente pequeno da população, e onde, devido à pobreza, muitos ainda envelhecem em meio a doenças crônicas mal cuidadas, é uma realidade de velhice muito mais heterogênea do que a que existiu no passado. Diferentes práticas sociais, exemplificadas pela organização de espaços educacionais e de lazer específicos para idosos muito pobres (a nossa Renda Mensal Vitalícia) exemplificam como o envelhecimento populacional é ao mesmo tempo reflexo e causa de mudanças sociais, muitas delas com sinal positivo. Ao mesmo tempo, ocorrem mudanças em costumes, valores, crenças e atitudes que permeiam as relações interpessoais e, ao mesmo tempo, afetam a subjetividade dos idosos. Em todos os estratos da sociedade configuram-se novas maneiras de viver e de pensar a velhice”. NERI (2003 : 7/8)

Enquanto os estudos gerontológicos apontam para um declínio crescente, com perdas significativas no campo biológico, psicológico e sociológico no processo de envelhecimento, esta pesquisa mergulha no universo dos idosos do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, para verificar quais foram os ganhos conquistados por estas pessoas, buscando verificar se,

ao contrário da maioria da população, considerada “normal” na sociedade ocidental, os idosos desta instituição apresentam um acríve no tocante a ressocialização, direitos e cidadania. A investigação parte da premissa de que, justamente na fase da velhice da população pesquisada, os idosos puderam usufruir os benefícios advindos da implementação da reforma psiquiátrica, iniciada na instituição no ano de 1990. Para tanto, serão apresentadas a seguir, algumas teorias psicológicas e sociológicas do envelhecimento, para ajudar na compreensão conceitual da questão analisada.

Teorias Psicológicas do Envelhecimento

Segundo Anita Liberalesso Néri, observa-se uma falta de teoria unificada e abrangente para uma análise satisfatória sobre o envelhecimento:

“A exemplo da Física e da Biologia, alguns campos de estudo são dominados por estruturas teóricas elegantes que permitem a proposição e o teste de hipóteses concernentes ao campo de conhecimentos a ser organizado. Não é o caso do estudo psicológico do idoso, da velhice e do envelhecimento, pois não dispomos de teorias sobre o desenvolvimento e o envelhecimento que sejam unificadas, abrangentes e formalmente satisfatórias. Temos, sim, uma variedade delas, algumas especulativas, outras mais consistentes, desenvolvidas no âmbito da psicologia da personalidade, da psicologia social ou da sociologia, das quais podemos lançar mão de acordo com nossas necessidades e preferências”. NERI (2002 : 32)

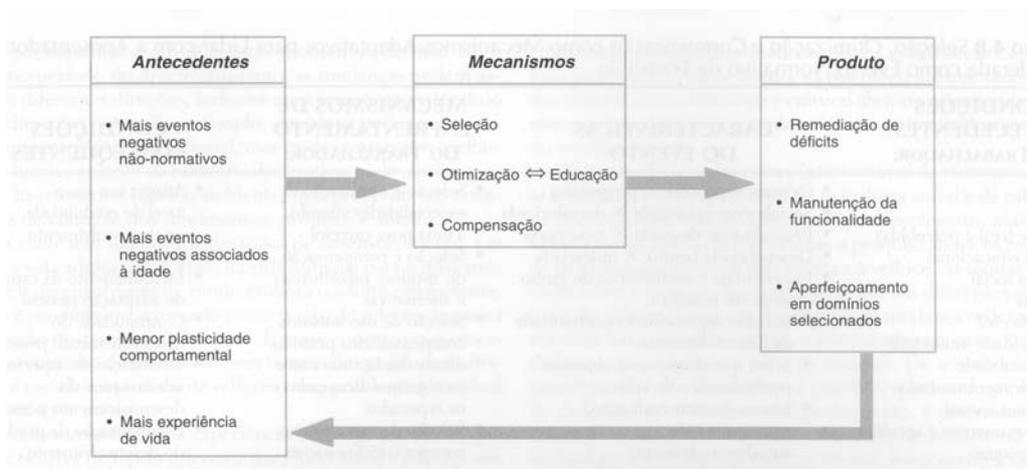
Espera-se de uma teoria do desenvolvimento ou do envelhecimento, segundo Baltes, que ela

“descreva e explique as mudanças comportamentais que acontecem ao longo do tempo, e que caracterize as diferenças existentes entre indivíduos e grupos com relação a como e por que se desenvolvem e sobre como e por que envelhecem desta ou daquela maneira”. NERI (2002 : 32)

Segundo Néri, existem três diferentes teorias sobre o desenvolvimento. Alguns teóricos pensam o desenvolvimento em diferentes estágios, tendo como paradigmas de reflexão sobre a vida, a existência de tendências de crescimento, estabilidade e declínio. Outros acreditam em processo contínuo para estas mudanças, e outros, ainda, na interação entre idade, história e determinantes não-normativos.

“As teorias do desenvolvimento são referenciadas a paradigmas, que são construções intelectuais sobre a natureza geral das mudanças evolutivas que ocorrem em determinado período da vida, ou durante a vida em toda sua extensão. Alguns teóricos pensam em desenvolvimento em termos de estágios discretos e têm como pressuposto a existência de tendências de crescimento, estabilidade e declínio. Outros acreditam que é um processo contínuo de mudanças deflagradas por pontos de transição de natureza psicossocial, os quais dão origem a alterações em papéis, status, autoconceito e no próprio senso de pertencimento a um grupo etário ou geração. Um terceiro paradigma vê o desenvolvimento como um produto da influência interativa de determinantes normativos graduados por idade (biológicos e associados ao processo de socialização a que todos os membros de uma sociedade estão sujeitos), de determinantes normativos graduados por história (decorrentes da passagem do tempo sócio-histórico) e de determinantes não normativos (que têm uma época previsível de ocorrência)”. NERI (2002 : 32)

As teorias psicológicas apontam, também, para uma adaptação ao declínio apresentado na velhice, conforme quadro apresentado abaixo:



“Com base no modelo de declínio com compensação, desenvolveu-se um modelo de seleção, otimização e compensação (modelo SOC), de início proposto para explicar as possibilidades de desenvolvimento e adaptação na velhice, mas que hoje é um meta-modelo heurístico com relação à compreensão de outros fenômenos evolutivos e comportamentais (Baltes, 1991, 1997). A Fig. 4.5 enseja a observação desse modelo aplicado à velhice”. NERI (2003 : 43)

Algumas das proposições teóricas sobre os processos de desenvolvimento e envelhecimento ao longo de toda a vida, a partir do paradigma dialético (Baltes, 1987, 1997), que interessam para a reflexão desta pesquisa, serão apresentados a seguir.

A cronologização da vida é apresentada pela teoria como um ponto de referência e elemento organizador:

“A idade cronológica não causa o desenvolvimento nem o envelhecimento, mas é um importante indicador desses processos. Os cientistas usam a escala de tempo do calendário como referencial para

registrar e descrever as mudanças do desenvolvimento e do envelhecimento. Assim, o critério cronológico funciona como ponto de referência e como elemento organizador na pesquisa e na vida social”. NERI (2003 : 43)

As mudanças advindas no processo de envelhecimento, previsíveis ou não, são analisadas pela teoria da seguinte maneira:

“...como uma seqüência de mudanças previsíveis, de natureza genético-biológica, que ocorre ao longo das idades, e por isso são chamadas de mudanças graduadas por idade; como uma seqüência previsível de mudanças psicossociais determinadas pelos processos de socialização a que as pessoas de cada coorte estão sujeitas, e que por isso são chamadas de influências graduadas por história; e como uma seqüência não-previsível de alterações devidas à influência de agendas biológicas e sociais, e que por isso são chamadas de influências não-normativas”. NERI (2003 : 43)

A teoria aponta também para a dificuldade de adaptação a novos fatores, revelando uma diminuição da plasticidade dos idosos:

“Com o envelhecimento, diminui a plasticidade comportamental, definida como a possibilidade de mudar para adaptar-se ao meio (por exemplo, através de novas aprendizagens) e diminui a resiliência, definida como a capacidade de reagir e de recuperar-se dos efeitos da exposição a eventos estressantes (por exemplo, doenças e traumas físicos e psicológicos)”. NERI (2003 : 43)

As perdas e os ganhos na velhice, motivo de investigação desta pesquisa, são tratados por esta teoria, mostrando que os critérios para definir o que se considerará ganho ou perda, são subjetivos.

“O desenvolvimento envolve equilíbrio constante entre ganhos e perdas. A proporcionalidade entre eles sofre alteração ao longo do curso da vida: na infância preponderam ganhos e, na velhice, perdas. Embora haja critérios objetivos para definir perdas neurológicas, cognitivas e econômicas, a definição do que é ganho e do que é perda é largamente controlada por critérios subjetivos e de desejabilidade social. Talvez seja melhor falar em potencialidades e limites para o desenvolvimento”. NERI (2003 : 44)

Os ganhos e as perdas na velhice não se dão somente de forma isolada. A simultaneidade entre as duas situações pode acontecer de diversas maneiras:

“O desenvolvimento é um processo multidirecional, isto é, não é caracterizado por processos isolados de crescimento e declínio. Existe considerável sobreposição entre os vários aspectos do desenvolvimento, que se dão em ritmos diferentes, em diferentes domínios e em diferentes momentos da vida. Num mesmo período do desenvolvimento, as mudanças podem assumir diferentes direções, inclusive crescimento num domínio e declínio no outro”. NERI (2003 : 44/45)

Teorias Sociológicas do Envelhecimento

As teorias sociológicas do envelhecimento de primeira geração serão apresentadas neste sub-item, revelando o entendimento do campo da

sociologia, no que tange às Teorias do Desengajamento, da Atividade, da Modernização e da Subcultura.

A Teoria do Desengajamento ou Afastamento foi a primeira tentativa de explicar o processo de envelhecimento e as mudanças nas relações entre o indivíduo e a sociedade. Esta teoria enxerga o envelhecimento como um processo de desengajamento, de forma universal e inevitável, considerando que este afastamento é funcional tanto para o idoso quanto para a sociedade.

Esta teoria foi criticada, desde sua elaboração. Maria Eliane Catunda de Siqueira, autora do artigo “Teorias Sociológicas do Envelhecimento”, aponta seis itens como principais pontos críticos, a saber:

“a) O período de desengajamento, também chamado de “anos dourados”, é um mito e, além disso, a teoria desencoraja intervenções que auxiliariam o idoso a integrar-se em uma sociedade tecnológica e em processo de rápida mudança.

b) A teoria enfoca o processo de envelhecimento apenas sob a ótica das demandas e dos requisitos da sociedade, ou seja, o idoso é visto como um agente passivo do sistema social.

c) A teoria foi elaborada com a intenção de propor solução para o dualismo pessoa-ambiente, ao declarar que, na velhice, as exigências biológicas e sociais coincidem, produzindo homogeneidade de estilos de vida.

d) A teoria apresenta cláusula de escape, que consiste em justificativas para as evidências contrárias às suas proposições. Ao se confrontarem com a realidade de que muitos velhos não se afastam da vida social, Cumming e Henry (1961) consideram que os idosos que não se desengajam estão “fora do tempo” ou são participantes de uma elite biológica ou social.

e) A teoria falha ao dar um enfoque único às variáveis velhice e afastamento. Não considera que tanto a velhice quanto o afastamento comportam variações que vão além do declínio físico e psicológico e da restrição de contatos sociais.

f) Os autores não apresentam dados suficientes que confirmem a proposição de que os idosos se desengajem voluntariamente". SIQUEIRA (2002 : 49)

Apesar das críticas e das limitações apresentadas por esta teoria, ela teve um profundo impacto no campo da Gerontologia, que atualmente faz um profundo esforço para não associar a questão do desengajamento à exclusão dos idosos de papéis sociais.

Outra teoria sociológica que aqui será tratada é a Teoria da Atividade. Trata-se do entendimento da velhice como declínio das atividades físicas e mentais, em função de doenças psicológicas e do afastamento social do idoso. A suposição desta teoria é que uma vez mantidos os mesmos níveis de atividade da vida adulta no período da velhice, garante-se um envelhecimento bem-sucedido, mesmo que, neste comportamento esperado, o idoso assuma outros novos papéis sociais.

"Esta teoria influenciou e influencia até hoje os movimentos sociais de idosos e orienta proposições nas áreas de lazer e da educação não-formal, afirmando que são veículos privilegiados para a promoção do bem-estar na velhice". SIQUEIRA (2002 : 49)

Apesar desta importante influência, a teoria apresenta limitações no tocante a aspectos cruciais da vida dos idosos:

"a) Ela falha em não caracterizar as atividades como formais, informais, solitárias ou grupais e em não descrever o significado de cada uma delas para a manutenção da auto-estima e do engajamento social do idoso.

b) A proposição de que o idoso controla as atividades e o cenário necessários ao desempenho dos novos papéis sociais que se propõe a

exercer pode ser facilmente contestada. A pobreza, a exclusão social e o declínio físico e mental muitas vezes impossibilitam a escolha e o exercício de novos papéis sociais.

c) Ao considerar os valores da classe média americana, a teoria pressupõe que é sempre melhor ser ativo que inativo, e que é melhor lutar contra a adversidade do que acomodar-se a ela.

d) Ela falha também ao focar a relação entre atividade e satisfação, realçando principalmente as relações entre condições socioeconômicas, estilo de vida, saúde e bem-estar.

e) A proposição básica da teoria – de que o ‘bom envelhecimento’ é estar ativo, resistir ao desengajamento social, encontrar papéis sociais substitutivos, manter status e manter atividades – pode hoje ser considerada como uma perspectiva “antienvelhecimento”. Além disso, a preocupação com a morte nunca é considerada em seus enunciados.

f) A teoria reforça o poder do pensamento positivo ou da ação positiva, que, por sua vez, enfatiza as noções do senso comum sobre o envelhecimento bem-sucedido”. SIQUEIRA (2002 : 49)

Apesar das limitações acima citadas, esta teoria é uma das mais adequadas no campo da Gerontologia Social, e vem sendo amplamente utilizada por diversas pesquisas realizadas nesta área.

A Teoria da Modernização está diretamente relacionada a industrialização da sociedade, e o status ocupado pelo idoso se dá, considerando o contexto histórico e cultural, segundo o grau de industrialização da sociedade. Esta teoria considera que em sociedades pré-industriais o status dos velhos é alto, uma vez que, estão ligados ao conhecimento da tradição, ao contrário das sociedades industrializadas, cuja tendência é o declínio desse status, a partir de reduções de papéis ligados ao poder e influência desse idoso na sociedade.

A homogeneização da teoria, no tocante a gênero, etnia, classe social, territorialização geográfica, contexto histórico e cultural, faz com que ela não

seja considerada completamente válida, apesar de ainda ser utilizada. As principais críticas sobre esta teoria, que a invalidam, são:

“a) A teoria presume uma ‘idade do envelhecimento’ nas sociedades pré-industriais. Essa tese não pode ser comprovada, uma vez que vários estudos indicam a existência de variações na situação dos idosos nessas sociedades. Em algumas, desfrutavam considerável poder e, em outras, sofriam segregação e perda de status.

b) A modernização de uma sociedade não acontece de forma linear, mas progride por estágios. Cada estágio pode trazer impacto positivo ou negativo sobre o status dos idosos.

c) O processo de modernização afeta diferencialmente a diferentes grupos de idade. Como exemplo temos, na sociedade ocidental, a introdução do conceito de adolescência e a redefinição de infância. Hoje as distinções acontecem entre o ‘velho-jovem’ e o ‘velho-velho’, que vivem o processo de modernização de diferentes formas e com diferentes graus de sucesso ou insucesso”. SIQUEIRA (2002 : 50)

A Teoria da Subcultura considera que os idosos produzem uma cultura própria, diretamente ligada aos interesses e crenças do grupo etário a que pertencem, fomentados pelo processo de exclusão social. Desta forma, a teoria prevê o desenvolvimento de valores e práticas próprias de cada grupo, visualizando a facilidade para o relacionamento com outros grupos etários, em espaços definidos como centros de convivência, clubes, conjuntos residenciais para idosos e outras formas que congregam os velhos.

Esta teoria reflete a realidade do contexto em que foi desenvolvida, que é os Estados Unidos. Ao entendê-la, porém, deve-se atentar para o risco de, ao invés de congregar, segregar. A principal falha desta teoria é enfatizar apenas o nível microsocial, não dando a devida importância para a força dos componentes estruturais sobre o comportamento social.

“É importante reconhecer que nem todos os comportamentos que distinguem os idosos podem ser atribuídos à subcultura, uma vez que podem ser condicionados a mudanças biológicas, expectativas sociais, e diferenças geracionais típicas da velhice, que contribuem para tornar o idoso mais segregado do que outras categorias etárias. Por um lado, a existência dessa subcultura pode colaborar para aumentar o conceito negativo sobre a pessoa idosa, mas, por outro, pode estimular o nascimento de uma consciência de grupo com potencial para empreender ação social e política em defesa dos direitos da categoria. De fato, uma subcultura se desenvolve quando membros particulares de uma sociedade interagem entre si mais do que com outros grupos dentro dessa sociedade e quando um grupo que tem interesses ou experiências comuns é excluído de interações com outros grupos”. SIQUEIRA (2002 : 51)

CAPÍTULO 3



Inês (à direita) acende o cachimbo para Lurdes (à esquerda). Ao fundo, Anadir acompanha o culto ecumênico em comemoração aos 80 anos do Cândido Ferreira, abril/2004 – acervo do Cândido Ferreira

O SERVIÇO DE SAÚDE DR. CÂNDIDO FERREIRA

Heranças do Senhor

Crianças, heranças do Senhor
Olé, lê, olalá, olé, lê, olalá
Dai-me Dais, dai-me Dais no meu coração
Olé lê, olalá
Dai-me Dais, dai-me Dais no meu coração, olé lê, olalá
Dai-me Dais
Crianças, crianças
Sinceramente são crianças
Felizes, tristonhas
Sempre para sempre
Crianças, pobres crianças
Eternamente são crianças
Doces, Suaves, são canções de Deus dos céus
Crianças, crianças
Somente são crianças, são curadas!
Glória a Deus, aleluia, aleluia, aleluia
Glória a Deus, aleluia, aleluia, aleluia
As suas raízes servem plantar, plantar, plantar
E as folhas procurar, procurar, procurar
Como dizer pro Boca Livre, crianças
Mas sim, um hino imortal, as primeiras frases, fases
Fases crianças, Candinho, punhadinho
Ao doce Candinho, doce Cândido Ferreira
Carinho.

Lázaro Roberto Mori (49 anos, é poeta, músico, locutor do programa de rádio Maluco Beleza e morador da Unidade Primavera, do Núcleo Clínico do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira. Esta poesia foi publicada no jornal Candura – Espaço aberto para um novo pensamento – Abril de 2005, ano IX, no. 24)

A poesia de Lázaro Mori revela um pouco do carinho que os usuários demonstram pelo serviço pesquisado nesta dissertação. Este capítulo se propõe a contar a história do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira sob o prisma das pessoas que passaram parte de suas vidas morando na instituição, por colaboradores que acompanharam suas trajetórias e por idosos que se tratam no serviço, mas nunca precisaram morar nele. Para começar a mergulhar neste universo, vamos contextualizar geograficamente a instituição, que se encontra na cidade de Campinas, Estado de São Paulo.

A cidade de Campinas

O município de Campinas localiza-se na área centro-oeste do Estado de São Paulo¹, Brasil, a 93 km da capital. Inaugurada em 1774, com a criação de Campinas de Mato Grosso; teve a instalação do poder municipal e a criação da vila em 1797, chegando a ser considerada cidade a partir de 1842.

“A trajetória histórica do desenvolvimento urbano em Campinas, para efeito deste reduzido estudo, pode ser dividida em três momentos principais, considerando-se a estruturação econômica local.

No primeiro momento, a vida econômica da cidade gravita em torno da terra e compreende todo período de sua fundação (1774) até a primeira fase da produção cafeeira, realizada ainda através exploração do trabalho escravo, ou seja, primeira metade do século XIX. A segunda etapa, ainda sob o domínio da produção agrícola, corresponde ao período iniciado com a introdução do trabalho livre (segunda metade do século XIX) e vai até o final do predomínio da economia cafeeira (anos trinta, século XX). O terceiro e último momento é marcado pela economia industrial”. SILVA (1994 : 19)

¹ RUEDA, Eliana Cristina; SILVA, Sandra Denise; Centro de Estudos Rurais e Urbanos – USP & Centro de Memória Unicamp. *Campinas: panorama histórico e sócio-cultural no período 1890-1950*, In Boletim do Centro de Memória – Unicamp. Campinas, v.6, n. 11, jan/jun, 1994.



Rua Barão de Jaguará, Campinas, 1929. Coleção V-8, Centro de Memória da Unicamp

A ocupação da Campinas acontece impulsionada pelo povoamento do interior do Estado de São Paulo. A região servia de caminho para as tropas exploratórias que se embrenhavam pelo interior a fim de expandir a produção agrícola, que tinha o cultivo da cana-de-açúcar como forte produto nacional. Desta forma:

“Campinas é fundada, por ordem do Governador da Capitania, num território composto por um conjunto de colinas e pequenos vales, num período em que há grande esforço urbanizador, incentivado pela Coroa Portuguesa, de modo que houvesse ampliação da ocupação produtiva do interior.

Apesar dos esforços, a economia local mantém-se voltada à subsistência até a cultura paulista e cana-de-açúcar firmar-se como produto destinado à exportação. Tal atividade acaba por constituir-se como a responsável pela expansão da cidade, bem como por torná-la, mais tarde, a capital agrícola da Província”. SILVA (1994 : 20)

E meados do século XIX inicia-se em Campinas o cultivo do café, o que acelerou o ritmo de crescimento da cidade, transformando-a em pólo de abastecimento regional, impulsionado ainda mais com a chegada da Companhia Paulista de Estradas de Ferro, no ano de 1872. O advento da produção do café influencia toda a economia da cidade, possibilitando a expansão comercial e de serviços na área urbana, tendo início os primeiros estabelecimentos industriais. A lucratividade da economia cafeeira leva à modernização da cidade, com obras de infra-estrutura urbana e diversas construções de edifícios públicos, além dos privados.

Todo esse apogeu é interrompido com sucessivas epidemias de febre amarela, com altos índices de mortalidade, desestruturando a produção cafeeira e impedindo a continuidade da migração, e conseqüentemente, a chegada de mão-de-obra para a lavoura.

“A Intendência Municipal, desde a primeira epidemia (1889), introduz uma série de procedimentos de higiene, como a retirada de estabelecimentos considerados insalubres (cocheiras, curtumes, etc.) da área central. Inicia o trabalho de drenagem de áreas alagáveis e execução de canalização de ribeirões urbanos. É criada, em 1887, a Cia. Campineira de Águas e Esgotos, que a partir de 1891, fornece água tratada à cidade. Em 1895, baixa a lei no. 43, dispondo sobre as construções no perímetro urbano. Essas normas e obras, todavia, foram insuficientes para debelar as epidemias”. (SILVA : 21)

A última epidemia é datada de 1897. O restabelecimento da cidade tem início com processo de industrialização que chega com no início do século XX. A cidade, que havia sido conhecida como “Princesa d’Oeste” por sua representatividade econômica no período do café, teve que desenvolver um sério trabalho de saneamento para tornar-se novamente habitável e próspera.



Largo do Rosário, Campinas, entre 1924 e 1933. Coleção V-8, Centro de Memória da Unicamp



Praça da Cathedral, Campinas, entre 1924 e 1934. Coleção Antônio Miranda, Centro de Memória da Unicamp

“Até a década de 20, a expansão da cidade deu-se dentro do perímetro urbano do antigo rossio, pois a municipalidade ainda dispunha de lotes. O perímetro, então esvaziado no período das febres, reurbanizado e reocupado nos anos que se seguiram, expandiu-se significativamente somente após 1925, com inúmeros loteamentos, criando novos bairros como Jardim Chapadão, São Bernardo, Parque Industrial, Vila Marieta e Jardim Guanabara, este último, projeto da São Paulo Land & Company”. SILVA (1994 : 22 e 23)



Rua Conceição, Campinas, 1928. Coleção V-8, Centro de Memória da Unicamp



Avenida Francisco Glicério, Campinas, 1926. Coleção V-8, Centro de Memória da Unicamp

A proclamação da República Federativa do Brasil, no ano de 1889, favoreceu os interesses dos fazendeiros e das elites política e econômica da cidade. O café levou novamente Campinas a se tornar o principal pólo econômico do interior e a segunda cidade mais importante do Estado de São Paulo².



Escola Normal Carlos Gomes, Campinas, 1918. Coleção V-8, Centro de Memória da Unicamp

² RUEDA, Eliana Cristina; SILVA, Sandra Denise; Centro de Estudos Rurais e Urbanos – USP & Centro de Memória Unicamp. *Campinas: panorama histórico e sócio-cultural no período 1890-1950*, In Boletim do Centro de Memória – Unicamp. Campinas, v.6, n. 11, jan/jun, 1994.



Bosque dos Jequitibás, Campinas, 1920. Coleção V-8, Centro de Memória da Unicamp

“No início de 1920, Campinas possuía 115.602 habitantes, sendo que 20,34% dessa população era de estrangeiros, a maior parte deles italianos, seguidos de portugueses, espanhóis e alemães, e cerca de 17% da população era negra. Compunha-se dos distritos de Conceição e Santa Cruz (áreas urbanas), além de Sousas, Cosmópolis, Rebouças, Valinhos e Americana (áreas rurais)”. RUEDA, SILVA e outros (1994 : 51)

Sousas era, então, área rural da cidade de Campinas. O núcleo urbano primitivo do distrito surgiu no século passado, por volta da década de 30. Impulsionado pela terra fértil, o distrito atraiu várias famílias, entre elas os Sousa, donos de vastas terras, e foram inspiradores do nome que hoje se dá ao distrito. O cultivo do café, em meados do século XIX, impulsionou o crescimento de Sousas, atraindo mais moradores, vários deles imigrantes italianos.

“A vida seguiu tranqüila e em frente para os sousenses nas duas primeiras décadas do século XX, tempo em que o conforto da luz elétrica

(1912), água encanada (1921) e os telefones (1928) chegaram ao distrito. Mas, em 1929 acontece o crack da Bolsa de Nova Iorque, desastre financeiro de proporção global que se refletiu de forma perversa na economia cafeeira. Dos 25 mil habitantes de Sousas, na época, restou nos anos seguintes algo em torno de 5 mil moradores. O algodão e a pecuária foram introduzidos nos distritos na tentativa de revigorar a agricultura. Por falta de carga e passageiros, o outrora movimentado Ramal Férreo Campineiro foi sendo desativado gradativamente". SITE (www.sousas.com.br)



Vista parcial do Arraial de Sousas, no período da fundação do Hospício – acervo do Cândido Ferreira



Ponte do Rio Atibaia, Campinas, 1905. Coleção V-8, Centro de Memória da Unicamp

A fundação do Hospital

A partir de 1889, com a implantação da República no Brasil, muitas cidades adotaram a prática de recolher das ruas os desocupados, no intuito de demonstrar ao povo que o novo regime estava colocando ordem na sociedade e, conseqüentemente, o progresso viria, conforme os dizeres da própria bandeira nacional – ordem e progresso. O imediatismo das ações, ao invés de enfrentar os problemas e resolvê-los, levaram as cidades a esconder os conflitos sociais estampados pelas ruas.

“Com a implantação da República há uma maior preocupação com a incrementação dos aparelhos disciplinadores e de vigilância”.
MASCARENHAS (1999 : 11)



Vista parcial, Campinas, 1925. Coleção V-8, Centro de Memória da Unicamp

As cidades se encontravam conturbadas por negros libertos do regime de escravidão, imigrantes europeus que chegavam para substituir a mão-de-obra escrava nas lavouras e por outras populações marginais como os miseráveis, os órfãos, as prostitutas, os homossexuais, e entre eles, os portadores de sofrimento mental. Esta população, considerada desviante, ia contra os princípios do Capitalismo, que entendia cada ser humano como um contribuinte ao movimento de produção e consumo. Com o processo de urbanização das cidades, a população marginalizada passa a comprometer a imagem ideal da sociedade burguesa. Surge, então, a necessidade de:

“...esquadrinhar, conhecer e organizar a população da cidade, definindo lugares e destinos para cada categoria, estabelecendo disciplinas e rotinas, criando regras capazes de transformar a multidão disforme em um laborioso e pacificado formigueiro humano”. CUNHA (1988 : 77)

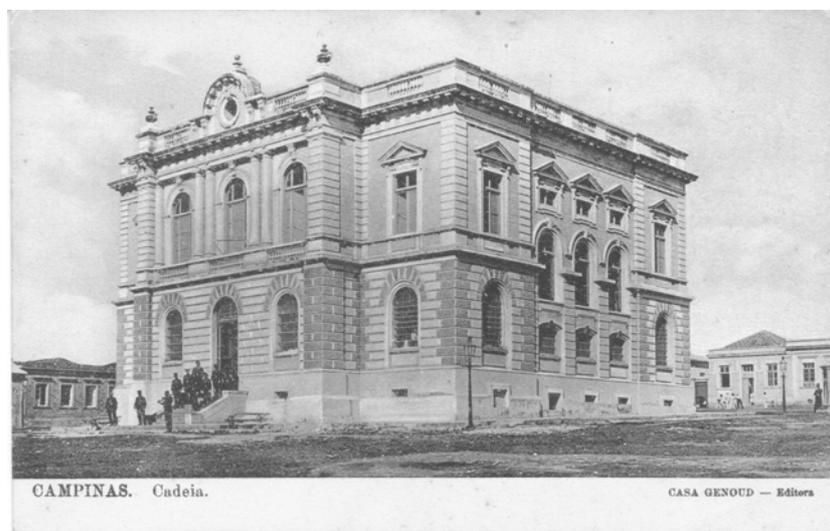
Em Campinas, no início do século XX, os pobres, loucos, desocupados e marginalizados e de toda ordem foram recolhidos para o porão da Cadeia Pública. Os loucos ali ficavam esperando uma vaga no Hospital do Juqueri – único hospital psiquiátrico existente.

“Infelizmente, esse hospital vivia sempre superlotado, pois, insanos de todos os estados circunvizinhos eram remetidos para lá, valendo-se de injunções políticas, para serem internados e tratados.

Este fato concorria para que as cadeias públicas do Estado de São Paulo vivessem às voltas com doentes mentais recolhidos nelas para aguardarem vagas no Hospital Juqueri”. PASSOS (1975 : 7)

A assistência à saúde prestada pelo Estado era deficitária. A responsabilidade pela saúde cabia aos indivíduos, que, quando abastados

financeiramente, podiam contar com os recursos privados. A assistência sanitária aos pobres era quase que exclusivamente privada filantrópica³, e contava com um reduzido leque de hospitais.



Cadeia, Campinas, 1900. Coleção João Falchi Trinca, Centro de Memória da Unicamp

“Em Campinas existia um certo número de doentes recolhidos nos porões da cadeia local, vivendo como bichos e pelo fato supersticioso de que o contato com eles poderia transmitir a doença, ficavam sem tomar banho, sem fazer a barba e cortar o cabelo, sem trocar de roupas e sem tratamento, enquanto esperava vaga no Juqueri”. PASSOS (1975 : 7)

Os maus tratos cometidos contra os doentes mentais foram denunciados pelos jornalistas Leopoldo Amaral e José Vilagelin Junior, agentes do jornal O Estado de S.Paulo, publicado em 9 de maio de 1917:

“DEMENTES – CAMPINAS – 8 – Na cadeia pública existem, aguardando vaga para serem internados no Juquery, 21 dementes.

³ MASCARENHAS, Andréia. Os Excluídos da História - 75 anos do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira. Campinas, 1999

São, portanto, 21 pessoas presas de enfermidade cruel que vegetam em calabouços sem nenhum conforto, sem hygiene, esperando que a commiseração humana vá em seu auxílio e sepultando-se, entretanto, cada vez mais fundamente nas trevas da loucura.

Este fato é constante em nossa cidade e contra elle temos reclamado muitas vezes.

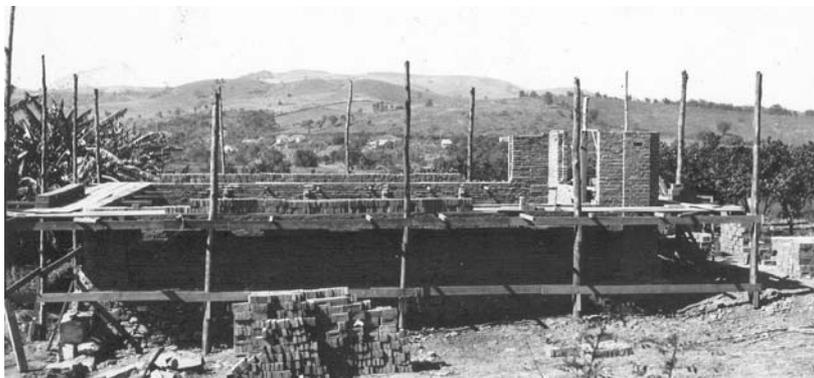
Se o hospital de Juquery não tem capacidade para o elevado número de doentes que necessitam de tratamento alli ministrado, porque não estabelecer outro estabelecimento com igual fim?

Em calabouços ou cellas como as das cadeias, sem tratamento médico que lhes é indispensável e sem hygiene e conforto que necessitam, não podem os infelizes dementes achar curativo para sua tremenda enfermidade". AMARAL & VILAGELIN JUNIOR (1917 : 8)

A notícia mobilizou um grupo de filantropos da cidade, liderados pela Sra. Sylvia Ferreira de Barros, que iniciaram trabalhos para angariação de fundos, com o intuito de criarem um hospital destinado aos doentes mentais, que, muitas vezes, morriam nos porões da cadeia pública esperando por uma vaga no Juqueri. O início da arrecadação de fundos começou com a iniciativa de Dona Sylvia em vender exemplares do livro de receitas da família.

“Ela tirou umas duas ou três edições de livros de receitas, e todo mundo tinha que levar o livro de receitas... Eu digo mesmo conhecidos, amigos. Ela pedia para vender, eu não me lembro quanto era o valor naquele tempo, mas todo mundo tinha que comprar o livro de receitas e depois também angariava fundos. Então, quando esse jornalista Leopoldo Amaral fazia a campanha, também muita gente campineira que estava em outra cidade, então, mandava dinheiro por intermédio de banco. Eu acho que abriram conta bancária, porque mandavam dinheiro. E aí que foi formando patrimônio para comprar. Aí no livro diz quem foi que comprou essa chácara, era uma chácara grande. Hoje, venderam uma parte, mas aquilo era grande. Naquele tempo era sítio. Hoje, seria

uma fazendinha". (Depoimento de Carlos Ferreira de Barros, filho de Dona Sylvia Ferreira e Barros, pág. 2)



Uma das primeiras construções do Hospício de Dementes de Campinas – acervo do Cândido Ferreira

A mobilização comunitária do grupo de filantropos liderado por Dona Sylvia, em prol da fundação do hospital, foi iniciada em 1917 e teve seu término em 14 de abril de 1914, quando era inaugurado, então, no Arraial de Sousas, o Hospício de Dementes de Campinas, primeiro nome da instituição pesquisada. A inauguração da instituição contou com a participação de vários políticos e personalidades, entre eles o Presidente do Estado, Dr. Washington Luiz. A matéria de cobertura do jornal Diário do Povo, publica em 15 de abril de 1924:

“O presidente foi recebido pelos srs. José Ferreira de Camargo, Antônio Benedicto de Castro Mendes e Alberto Vieira dos Santos, membros da directoria do Hospício de Dementes, notando-se, ainda, a presença de vários representantes da classe médica. Convidando o Dr. Washington Luiz para proceder a inauguração do hospital de Dementes de Campinas, o Sr. José Ferreira de Camargo agradeceu com palavras e entusiasmo a presença do Presidente do Estado, levantando-lhe um brinde de honra.

O Dr. Washington Luiz, pronnunciou, em seguida vibrante discurso, pondo em realce o espírito de philantropia do povo campineiro,

que condoído da sorte de tantos infelizes insanos que viviam recolhidos nos porões escuros da Delegacia de Polícia, em boa hora pensou em minorar-lhes os sofrimentos, fundando aquella casa de saúde, perfeitamente aparelhada.

O Hospital de Dementes de Campinas, disse o orador, é fructo esplendido da reserva de generosidade do povo campineiro.

O eloqüente discurso do Dr. Washington Luiz despertou vivos applausos por parte das innúmeras pessoas alli presentes. Em seguida foi o edificio, que dividido em secções, franqueado a visitação pública.

Num dos intervalos o Sr. Victorio de Vicenzo proferiu um discurso, saudando a directoria da nova instituição de caridade. O Sr. José Ferreira de Camargo e sua exma. Família foram incansáveis em gentilezas aos visitantes, proporcionando-lhes agradável permanência, offerecendo a todos um lunch.

Às 15,30 horas, regressou do Arraial dos Souzas o Sr. Presidente com sua comitiva, recolhendo-se no palacete Itapura, onde ficaram hospedados". DIÁRIO DO POVO (1924)



Grupo de funcionárias do antigo hospital – acervo do Cândido Ferreira

O Hospital de Dementes de Campinas foi o primeiro hospital psiquiátrico filantrópico do Estado de São Paulo, e o segundo hospital do

Estado nessa categoria, antecedido pelo Juqueri, fundado em 1898 e mantido pelo próprio Estado.

Ao longo da história, o Hospital de Dementes de Campinas recebe o nome de Sanatório Dr. Cândido Ferreira na década de 40. A escolha do nome deu-se em função de homenagem da filantropa Sylvia Ferreira de Barros, a seu pai, o advogado e Juiz de Direito, Dr. Cândido Ferreira. Na década de 90, após a implementação da reforma psiquiátrica⁴, o sanatório passa a se denominar Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, nome que perdura até os dias atuais.

“Ele era pai da mamãe e era juiz de direito aqui. Então, foi uma maneira de homenagear o vovô”. (Depoimento de Carlos Ferreira de Barros, filho de Dona Sylvia Ferreira e Barros, pág. 3)

“O início disso, o início do sanatório parece que foi com o vovô e com outro juiz que não se conformavam com o sofrimento dos presos. Aí, então, começou a falar, até que passou por lá o vovô Candinho e mais um outro lá”. (Depoimento de Luiz Renato Ferreira do Amaral, neto do Dr. Cândido Ferreira, pág. 3)

“É, porque aí foi mesmo do sofrimento dos presos lá. Presos não, uns coitados lá, que naquele tempo era na cadeia. Já imaginou que coisa medonha?”. (Depoimento de Carlos Ferreira de Barros, filho de Dona Sylvia Ferreira e Barros, pág. 3)

⁴ A reforma psiquiátrica será abordada adiante, neste mesmo capítulo.

O tratamento antes da reforma psiquiátrica

Desde sua inauguração até a década de 40, a instituição sobreviveu por meio de arrecadação de mensalidades dos sócios efetivos, pagamentos de diárias de pacientes pensionistas e por doações. A Secretaria de Estado da Segurança complementava o orçamento, custeando a alimentação que não era produzida pelos pacientes do hospício.

“Instalado em área rural e com vasto campo, os pacientes participavam da laborterapia, produzindo para o consumo da instituição carne, leite, ovos, cereais e hortaliças. Muitos usuários também se ocupavam de serviços como lavanderia, cozinha, jardinagem e manutenção do prédio”. MASCARENHAS (1999 : 17)

A instituição tem, desde sua fundação, um caráter filantrópico e humanitário, voltado à caridade aos seus assistidos. A sua inauguração tirava os loucos do porão da Cadeia e os colocava num espaço mais adequado para atendimento, com instalações mais dignas aos portadores de sofrimento mental. Apesar deste benefício incontestável, esta população, que ora era escondida pelos procedimentos da República nos porões da Cadeia, agora continuava afastada da sociedade, numa área rural, no Arraial de Sousas.

A laborterapia, como apontou a historiadora Andréia Mascarenhas, foi muito utilizada na instituição. Em princípio, o caráter ocupacional desta atividade era norteado muito mais por princípios administrativos e financeiros, que clínicos. A utilização da mão-de-obra não remunerada dos pacientes era uma forma de economizar recursos. Os pacientes escolhidos para a atividade aceitavam o trabalho em troca de cigarros e um pouco de liberdade, conforme se observa no depoimento do antigo administrador do hospital, Sr. Alcides Ciello:

“Tinha marceneiro, tinha carpinteiro, pedreiro. E a gente aproveitava. Eu dizia: Tenho uma reforma lá assim, assado. Ele dizia: Eu quero ir. Então o que eu fazia: Nós tínhamos lucro? E a família mesmo levava. Então, eu já comprava o cigarro. Tinha o caminhão de cigarros que trazia para os... Já ia lá em cima, e eu comprava os pacotes. Quem vai trabalhar de pedreiro ganha um maço por dia. Quem quer trabalhar na pintura ganha um maço por dia. Aquilo chovia gente para trabalhar. Então o que a mão de obra que foi aplicada lá a troco de um maço de cigarros por dia... Se for somar, precisaria de muito dinheiro para pagar pedreiros e serventes.

(...) O negócio era lá mesmo. É para pintar aqui dentro, nada fora do portão.

(...) Logo que eu me enfrontei, que eu fiz amizade com a turma, que eu sabia em quem eu podia confiar, eu comecei. Falei com o doutor Décio e com o doutor Bierrembach. Eles falaram: Não, se puder usar o doente fora daqui, fora do lado de dentro, tratar aqui dentro do sanatório sem ir lá dentro, use-o o quanto você puder. Se você vê que ele está passando bem, ele quer, use-o. Para tirar ele lá daquele ambiente, não tenha dúvida. Eu posso, eu sou pintor, eu posso... Está bem, você quer pintar? É, já tem fulano lá, ele disse que está sozinho, que precisava de um ajudante. Está bem, mais um maço de cigarros por dia. Tudo um maço de cigarros por dia. Se fossemos pagar quanto ele iria receber? Então, o que ele ganhava em cinco meses dava para pagar... Graças a Deus, não tenho queixa de nada, eu acho que nem a diretoria e nem os médicos também não têm queixas”. (Depoimento de Alcides Ciello, administrador do Cândido Ferreira entre as décadas de 30 e 60, pág. 3)



Alcides Ciello (ao centro) na laborterapia agrícola, 1964/65- acervo do Cândido Ferreira

E complementa:

“Além dessa parte de filantropia, nós tínhamos um convênio com o Estado. Eles pagavam uma ninharia, mal aquele dinheiro dava para quebrar o galho. Então, plantávamos arroz. Não comprávamos feijão. Tínhamos feijão para o ano inteirinho. Arroz, tínhamos para uma boa parte. Horta, nós tínhamos uma horta completa, com tudo, tudo. Eu tinha um funcionário, e geralmente três, quatro, cinco internos. Os que trabalhavam por um maço de cigarros por dia. Eu tinha todo tipo de verduras, almoço e janta. Frutas, eu tinha à vontade. E tudo em troca de um maço de cigarros por dia. Eles brigavam para ir trabalhar. Pensa bem: Ele ia para lá e não tinha ninguém em cima acompanhando. Tinha um funcionário, naturalmente, que dizia: Vão fazer isso, vão fazer aquilo, agora vamos plantar. Eu já colhi, diziam. Então vão preparar... Plantavam mudas. Tinha gado leiteiro. Eu tinha uma média de cem litros de leite por dia. Tinham as vacas crioulas que o doutor Otávio Bierrembach, que era o diretor clínico, ele tinha fazenda de gado e nos deu um touro para melhorar o plantel. Aí melhorou a retirada de leite. Eu

tinha leite à vontade para os doentes. Café com leite, nunca dei a eles café puro. Era café com leite. Tinham aqueles que gostavam de leite puro. Tinha leite à vontade, quase cem litros por dia, quer dizer, dava praticamente um litro e meio de leite para cada doente. Tinha doente que não gostava de leite e sobrava para o outro que gostava. Tinha verdura à vontade, leite à vontade. Eu colhia feijão. Como a colheita de feijão era grande, e o feijão é ingrato para bicho, logo, logo ele ia criar bicho, então, o diretor tesoureiro tinha um escritório de comércio na Costa Aguiar. E ele estava entrosado no negócio lá. Então, ele aproveitava e trocava um saco de feijão por tantos quilos de arroz. Tantos quilos de feijão, vinham tantos quilos de arroz. Porque, naquele tempo, o arroz, plantava-se o rés, porque tinha uma várzea, uma várzea boa lá. E, graças a Deus, deu certo". (Depoimento de Alcides Ciello, administrador do Cândido Ferreira entre as décadas de 30 e 60, pág. 10)



Filantropos e funcionários, 1937 – acervo do Cândido Ferreira

No decorrer da história, o hospital utilizou-se de diversas técnicas para o tratamento da loucura, como eletrochoque, impregnação medicamentosa, camisa de força, quartos-forte, etc. O único recurso não empregado no

tratamento foi a lobotomia⁵, pela falta de equipamentos cirúrgicos adequados para sua execução.

“O manicômio, assim como outras instituições disciplinares, corporifica a ação humana contra a Diferença, que assusta e ameaça a sociedade moderna. O tratamento da loucura por décadas, implicava intervenções físicas aplicadas diretamente no corpo do doente: sangrias, banhos, purgativos, eletrochoques, inalações, lobotomias...

Sem o desenvolvimento científico que resultou nos mais avançados psicofármacos, os pacientes agressivos e desobedientes eram trancafiados em celas solitárias, amarrados pelos pés e mãos, presos pela camisa de força ou eram submetidos a métodos até então infalíveis para contenção: o eletrochoque e a lobotomia. A descarga elétrica aplicada sem anestesia, com o paciente amarrado à maca, ‘acalmava’”. MASCARENHAS (1999 : 21)



Pátio da seção masculina, 1924 – acervo do Cândido Ferreira

⁵ Procedimento cirúrgico cerebral, que consiste em extinguir a agressividade e qualquer reação instintiva de defesa do ser humano.

A instituição acompanhou a própria evolução da psiquiatria, empregando as técnicas de cada época para o tratamento da saúde mental. A utilização dessas técnicas, hoje consideradas agressivas e inadequadas, consistiram, em outros tempos, em descobertas da medicina para o cuidado da loucura. Segundo os depoentes abaixo, esses tratamentos eram utilizados com o intuito de melhoria do estado de saúde dos internos, apesar da truculência inerente, excluindo o seu manejo para fins de castigo e punições.

“Eu comecei a freqüentar o Cândido Ferreira em 1956. Como eu disse, eu ia lá a cavalo todas as quartas-feiras. E naquela ocasião, os médicos que tratavam os doentes, eles não eram médicos remunerados pelo Cândido. Eram médicos que eram voluntários. Talvez tivesse algum médico pago, mas isso eu não sei. Mas o que eu acompanhava, ele não recebia para trabalhar. Então, todas as quartas-feiras... Ele foi psiquiatra na Casa de Saúde Renato de Castro, e trabalhava também no Cândido Ferreira, e às quartas ele ia cuidar dos doentes. E tinha um determinado número de doentes que o tratamento da ocasião exigia que se tomasse o eletro-choque. A primeira vez que eu entrei com o médico para a sessão de eletro-choque foi uma coisa que me chocou tremendamente, me fez um mal muito grande, porque... Eu não sei nem se eu consigo descrever bem qual é a reação. A pessoa era deitada numa cama, sem anestésico nem nada. Ele sabia que ia tomar o eletro-choque, e o enfermeiro segurava nos dois pés, outro enfermeiro segurava nos ombros e o terceiro enfermeiro segurava com as mãos na barriga e uma outra pessoa segurava a parte do aparelho na cabeça. E tinha um chumaço de algodão nos dois lados do aparelho. Então, era um de cada lado. A pessoa segura, o médico tinha o controle na mão, daí ele dava a descarga do eletro-choque, de acordo com aquilo que achava que era necessário para a pessoa. Quando dava a descarga, os três que estavam segurando o doente, o paciente, eles eram levantados juntos, eles não tomavam o choque, mas retesava todos os músculos do corpo da pessoa, tanto homem como mulher. Então, a pessoa tomava... Eu não sei explicar qual é o movimento da musculatura, mas retesava de

uma tal maneira, mas aquilo tinha uma força para movimentar os três que estavam segurando. E um detalhe que eu tinha esquecido de dizer é que na hora de dar eletro-choque, punha-se um lenço na boca do camarada para evitar dele morder a língua. Porque aquilo era violento, travava tudo. Então, ele podia cortar a língua.

(...) Isso eu vivenciei durante um período de aproximadamente quatro anos. Deixei de freqüentar lá quando morreu esse meu amigo, que depois acabou sendo meu tio, porque era tio da minha mulher. Foi quando parei de ir lá. E fui ver agora recentemente essa mudança que me chamou tremendamente a atenção. Via também as pessoas na camisa de força. Era outra coisa que chocava muito. Ver quando precisava pôr uma pessoa na camisa de força, porque aí, tinha que ser uns enfermeiros bem reforçados para conseguir vestir a camisa na pessoa. Então, isso foi o que eu vivi, mais ou menos, um período de quatro anos no Cândido Ferreira”. (Depoimento de Antônio Fontoura Amaral, bisneto do Dr. Cândido Ferreira, pág. 5)

E quando questionado sobre o uso do eletrochoque como punição, acrescenta:

“A medicina, naquele momento, só via esse tratamento. Então, o Cândido Ferreira não foi um hospital que usou o eletrochoque como uma punição. Foi usado o eletrochoque porque, como eu convivi com psiquiatras amigos, eles mostravam para a gente que não existia. Existia já algum tipo de medicamento, mas que para determinado doentes não adiantava só o medicamento, tinha que ser o eletrochoque. Então, o eletrochoque, quando eu acompanhei nesse período, ninguém tomou eletrochoque por punição.

(...) Nunca ouvi alguém dizer: O sujeito vai tomar eletrochoque hoje porque ele fez alguma coisa errada e ele precisa ser punido. Não, nada disso. Ele tomava como medicamento que iria fazer bem para a saúde dele, ele iria melhorar com o eletrochoque. Então, eu vejo isso

sempre como um medicamento que felizmente acabou sendo descoberto que não funcionava como devia. E passou-se.

(...) Não se sabia que medicamentos seriam descobertos, ou seja, desenvolvidos, podendo acabar com o eletrochoque. Então, eu acho que precisa deixar bem claro isso: Que nunca funcionou como uma punição, mas funcionava como único medicamento existente naquele momento”. (Depoimento de Antônio Fontoura Amaral, bisneto do Dr. Cândido Ferreira, pág. 6)

Concluindo:

“E o tratamento, no período em que eu estive no Cândido Ferreira, estando lá uma vez por semana, eu via o pessoal lá dentro não contrariado. Quer dizer, estavam lá fechados porque o regime exigia aquilo, mas a gente via o pessoal lá dentro, de uma certa maneira, o pessoal satisfeito por estar lá. Satisfeito dentro daquele momento, porque se eu dissesse assim que o sujeito está satisfeito lá no hospital, ninguém está. Mas a gente via que não era um pessoal que estava lá infeliz, era um pessoal que você ia lá e dizia assim: É um pessoal que está aqui sofrendo, ao invés de estar procurando uma melhora. O pessoal tanto da parte da enfermagem... Porque eu estive tanto na ala masculina quanto feminina, podia ter excesso como até hoje existe, mas a gente sentia que existia o lado humano trabalhando lá dentro. Era um pessoal que queria realmente o bem estar dos doentes. Podia ser um tratamento que hoje já é superado, mas naquele momento era o que funcionava. E não existia punição, na existia maldade. Pelo menos eu nunca vi isso. Hoje, o que eu acho que melhorou é que humanizou o tratamento. O eletrochoque era um negócio, que sem a gente condenar, aquele momento, a gente acha um negócio anti-humano, não é?”. (Depoimento de Antônio Fontoura Amaral, bisneto do Dr. Cândido Ferreira, pág. 6)

O antigo administrador do hospital, Sr. Alcides Ciello, também acompanhou sessões de eletrochoque nos usuários e recorda:

“O eletrochoque era violento. As primeiras que a gente assistia, inclusive ajudava... Depois acostumava. Deus me livre. Pior, pior ainda, graças a Deus que fizeram durante um ano, e depois pararam. Aquele novo método que em vez do eletrochoque, vinha... O eletrochoque era aquilo: Dava aquele negócio, a gente segurava para não cair, começava a contrair, segurava um minuto, dois minutos já relaxava, pronto. Na injeção, dava a impressão que ele se quebrava, de tão violento que era aquilo. Não, não, pára com isso. Pode ser muito bom para quem inventou e vendeu isso aí. Preferimos os tratamentos nosso aqui”. (Depoimento de Alcides Ciello, administrador do Cândido Ferreira entre as décadas de 30 e 60, pág. 7 e 8)

Para ilustrar o quão polêmico é o uso do eletrochoque, em que momento usá-lo e de que maneira, o depoimento da ex-funcionária Cornélia Vlieg surpreende quando revela que ela mesma tomou eletrochoque em seu país de origem, Holanda, e que clinicamente surtiu efeito em seu tratamento:

“Às vezes, o eletrochoque poderia ser útil, não aplicado só para evitar agressividade e outras coisas, isso não. Mas em casos totalmente... Eu mesma tive na Holanda um caso que a pessoa estava totalmente fora de si, não em brutalidade ou outra coisa, mas nos pensamentos. Eu percebi quando eu estive aqui um pouco, já bem no fim de 1969 e 1970, eu percebi que eu ia do jeito que foi em 1950, eu pensei: Eu preciso ir ao psiquiatra. Eu pedi e eu encontrei, porque eu conhecia o modo daqui, de atender.

(...) Tomei eletrochoque sim, só uma vez, não me lembro, a gente se esquece. Você não fica lembrando exatamente como foi, mas os resultados deram certo.

(...) Mas, eu acho que só é necessário e possível em casos muito urgentes e meios bravos. Mas em outros casos, não. Antigamente, fizeram muitos casos". (Depoimento de Cornélia Vlieg, Terapeuta Ocupacional aposentada do Cândido Ferreira, pág. 10)

A unanimidade com relação ao desuso do eletrochoque faz-se presente quando se entrevista os usuários do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, que foram submetidos ao tratamento com eletrochoque e não gostaram, não recomendam e lutam contra o emprego dessa técnica no tratamento em saúde mental. Essa também é uma das bandeiras do Movimento da Luta Antimanicomial⁶, que em suma, luta por uma sociedade em que os manicômios sejam extintos e por formas substitutivas de cuidados em saúde mental.

A usuária Silvana Borges, representante dos usuários do Cândido Ferreira, apesar de não ter passado por este tipo de tratamento, mostrou-se contrária ao uso do eletrochoque, conforme seu depoimento:

"Para mim, eu acho que não é válida, não, essa coisa de eletrochoque. Na Unicamp ainda utiliza. Eles falavam, tratamento eletroconvulsante. Porque eu estive lá, pelo programa de TV que a gente tem, e estive entrevistando a doutora lá, e eles explicaram que tem benefícios, que deve passar, etc. Ma eu acho que é um tratamento muito degradante, que vai mexer com o seu cérebro, vão colocar fios, dar uma descarga elétrica na pessoa para ela poder melhorar. Eu acho que não precisa disso tudo não, porque aqui, a gente não tem nada disso, e

⁶ O Movimento da Luta Antimanicomial surgiu em 1987, inspirado em vários encontros de preparação para a I Conferência Nacional de Saúde Mental, que recomendou que se investisse em serviços extra-hospitalares e multiprofissionais como oposição à tendência da hospitalização para o portador de transtorno mental. No final de 1987, após esses primeiros encontros, foi realizado o II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, na cidade de Bauru/SP, que deu início ao Movimento da Luta Antimanicomial com o slogan "Por uma Sociedade sem Manicômios". Atualmente o Movimento existe em vários Estados do Brasil e seu dia é comemorado em 18 de maio.

gente consegue se tratar, a gente consegue melhorar. Porque se fosse bom, tinha em todo lugar. Mas a bandeira da luta antimanicomial já diz que isso, eletrochoque nunca mais, camisa de força nunca mais, aumento de medicações também nunca mais, pessoas com um monte de medicação, medicação, medicação, também nunca mais. Então, na minha opinião é assim, eu acho que a pessoa deve ser tratada com dignidade, com amor, com carinho. Está bem que a pessoa precisa de remédio, ela precisa do psicólogo, precisa de um terapeuta, precisa de tudo isso daí. E precisa ter espaço para poder falar e para poder ser ouvida. É muito importante isso”. (Depoimento de Silvana Borges, representante eleita dos usuários do Cândido Ferreira, no Conselho Diretor da instituição, pág. 8)

Em outro trecho do depoimento Silvana recorda uma passagem de sua vida em que foi submetida à camisa-de-força, num hospital psiquiátrico da região, e como o trauma desse episódio se encontra presente em sua vida:

“(...) quando eu vi a moça na camisa de força, no teatro lá. Porque você tinha falado que a gente ia assistir a uma peça de teatro, mas você não tinha explicado como ia ser a peça, de que jeito que era, não. Ia ser no Hospital São Pedro, que a gente tinha conhecido à tarde, conhecido as moradias, tinha conhecido as oficinas, tudo, e que no outro dia a gente ia assistir a uma peça de teatro. Só que eu não sabia, era uma peça de teatro, mas eu não imaginava como é que seria. Aí, de repente, chega lá, as pessoas semi nuas, de repente uma atriz me aparece na camisa de força. Aquilo me chocou, aquele momento me chocou. Por que? Eu já passei por camisa de força, então, eu não queria transmitir aquela força, aquela coisa que eu passei. Por isso que eu sou muito da bandeira da luta antimanicomial, porque eu não quero que outras pessoas passem por aquilo que eu já passei, aquele sofrimento, aquele afastamento da família, aquelas coisas todas que já aconteceram comigo, aumentar os remédios. Porque é muito fácil dar um monte de

remédios para uma pessoa e deixá-la de lado, não tratá-la, não cuidar dela. Cuidar desse jeito é muito fácil. Acariciar, ter um carinho, passar a mão na cabeça, tudo isso é difícil de fazer. E isso, você encontra aqui, em vários setores você encontra aqui isso. Mas em outros lugares que eu passei, não. Então, na hora em que eu vi aquela atriz na camisa de força, que ia ser internada naquele hospital, naquela coisa horrorosa, tudo, eu tinha uma reação assim de gritar, de achar que não devia internar ela. Era uma peça de teatro, mas para mim era como se fosse uma cena real, como se eu estivesse no lugar dela. Na verdade, eu me senti no lugar daquela atriz. O que aconteceu foi isso. Eu estava sentindo que iam me prender, que iam me agarrar, me segurar. Mas depois eu tomei água, fui vendo que não era aquilo tudo, e passou. Eu dei entrevista sobre isso no jornal, falei disso na rádio, mas isso passou, eu sei que era uma peça de teatro só. Mas aquilo foi um momento muito chocante, uma coisa que apareceu muito perto, porque foi um fato vivido por mim". (Depoimento de Silvana Borges, representante eleita dos usuários do Cândido Ferreira, no Conselho Diretor da instituição, pág. 7 e 8)

O usuário Silvio Burza não passou pelo tratamento com eletrochoque ou camisa-de-força, mas rememorou, em seu depoimento, uma passagem ocorrida com um colega de quarto, numa de suas internações:

"Eu, graças a Deus, nunca tive a oportunidade de passar por camisa de força ou por eletrochoque. Mas, uma certa vez eu estava deitado, estava no quarto, na cama deitado, e eu estava meio sonolento porque era à tarde a hora do repouso, e um amigo, meu vizinho de cama, ele não estava... Cismaram de dar um eletrochoque nele. E como a sala onde era dado o eletrochoque estava sendo usada com outro paciente para dar o eletrochoque, eles falaram: Vamos dar o eletrochoque aqui no quarto mesmo, porque o vizinho de cama está dormindo. E eu não estava. É impressionante você ver a pessoa ser

acometida de um eletrochoque. A pessoa leva aquele choque na fonte, fica pulando, estrebuchando como um frango, e depois demora uns três dias para ela ir voltando ao normal. E também vi pessoas que não estavam bem porque, como eu havia dito, eram mal tratadas dentro do hospital, e eles achavam melhor colocar uma camisa de força. E outra, quando se coloca uma camisa de força, não vinha um enfermeiro, vinham quatro ou cinco e pegavam a pessoa pelo pescoço, muitas vezes, até machucavam para se colocar dentro de uma camisa de força, onde ela permanecia por horas e horas amarrada. Isso aí é uma crueldade. Hoje, graças a Deus, aqui principalmente no Cândido Ferreira não existe isso, mas em muitos hospitais ainda existe. É onde a gente luta para que não aconteçam mais essas coisas". (Depoimento de Silvio Burza, representante dos usuários da Associação Cornélia Vlieg no Tear das Artes – Guarulhos, pág. 5)



Telas ainda presentes na arquitetura da instituição no ano de 1997 – acervo do Cândido Ferreira

Apesar de alguns depoimentos feitos anteriormente não associarem o eletrochoque ao castigo e destacarem o caráter caridoso da instituição, o depoimento do usuário José Marques traz à tona o caráter punitivo dessa técnica, e o tratamento agressivo de funcionários da instituição. Ao declarar nunca ter levado eletrochoque, usa a palavra “escapei”:

“Eu escapei. Porque lá no Cândido tinha isso aí, esses negócios que o senhor está falando. Tinha uns par deles que pegaram esse negócio de tomar choque, essas coisas. E quando eu cheguei, o médico já tinha falecido. Eles falaram: Você escapou. Foi o Luiz que falou para mim: Você escapou disso aí, porque tinha muita gente que tomou esse negócio, a Laís, essa turma toda aí, a Darci, estavam falando que tomaram esse negócio aí. Mas eu, graças a Deus, escapei quando eu vim morar

(...) Quando eu cheguei, já não tinha mais. E dizem que tinha até esse negócio de prender gente lá também. Depois que foi indo e que acabou com tudo, eles desmancharam tudo, o quarto forte. A pessoa até suava, ficava sem beber água, essas coisas. Eu vi muitas coisas ali que aconteceram.

(...) O enfermeiro pegava e batia na pessoa, depois eles querem que se faça isso não. Eu tenho sorte que até ganhei um relógio”.
(Depoimento de José Marques, usuário, pág. 5)

A usuária Marlene Diniz não chegou a tomar eletrochoque por apresentar problemas cardíacos. Apesar disso, passou por outros tipos de técnicas e quer esquecer dos tratamentos antigos:

“Morei trinta anos (no Cândido Ferreira). Junto com o João Bosco, pintando, até...Eu quero esquecer, sabe. Eu tinha quinze anos. Fui amarrada no quarto forte... Fui amarrada no quarto forte e fui

trancada, tive que tomar sossega leão. (...) Eletrochoque, descarrego de choque não deu, não, porque eu não posso tomar porque me faz mal para o coração”. (Depoimento de Marlene Diniz, usuária, pág.1)

Dos onze usuários entrevistados para esta pesquisa, quatro não passaram pelo tratamento com eletrochoque. Dos sete usuários que foram submetidos a essa técnica, dois não conseguem mais verbalizar, e os depoimentos dos cinco eletrochocados é o que veremos a seguir.

“Cheguei a tomar, cheguei.

(...) Era ruim, porque chamavam por... Eu e mais dois pacientes tomávamos eletrochoque.

(...) Não sei (porque tomava choque), acho que porque dizem que é tratamento psiquiátrico, tratamento psiquiátrico.

(...) Sentia dor de cabeça (após tomar eletrochoque) ...

(...) Era ruim demais.

(questionado sobre a quantidade que tomou) (...) Uns cinqüenta e sete para... Setenta e sete, por todo... Aliás, uns tantos anos assim para frente”. (Depoimento de Carlos Alberto da Silva Duarte, usuário, pág. 2)

Para Maria Darcie Tucci, o eletrochoque também não deixou saudade:

“Faz tempo que eu já estava lá. Eu era nova, eu era nova. Internou eu, e eu levei choque, levei choque na cabeça.

(...) (como era tomar choque) Era assim (indicando as têmporas). Era ruim.

(...) Eu me sentia mal.

(...) (Tomei) Cinco choques (...) ou mais.

(...) Eu (tomava porque) estava nervosa, revoltada”. (Depoimento de Maria Darcie Tucci, usuária, pág. 1)

O depoimento de Luiz Antônio Businaro traz também a carga negativa dos tratamentos antigos pelos quais passou:

“Tomei, tomei muito eletrochoque. (...) Ah, fazia fila e punha um negócio dos dois lados assim, e ligava na força. Às vezes, dava um estalo: Tec. Aí, não sarava nada. Só passava naquela hora. Depois, dava na mesma, saía e era a mesma coisa.

(...) Para nós, não era bom não. Eu não gostei, mexe muito com a cabeça da gente. Choque elétrico na cabeça mexe muito com a memória.

(...) Impregnado, eu já fui um monte de vezes. Em hospital psiquiátrico a gente sofre muito. O cara que tem problema de violência, ele sofre muito. Ele é amarrado, castigado, ele sofre muito.

(...) Já, já fui muito castigado, mas isso é coisa do passado.

(...) Eu fui amarrado, impregnado, eletrochoque, muitas coisas. (...) Cela forte. Eu fiquei em cela forte. (...) É, porque eu fiquei nervoso e pus a mão na lâmina e puxei assim, e rasgou. Deu tudo errado. (...) É, um negócio cortante. E aí, fazer o que? Ainda bem que não cortou tudo (mostrando o dedo que perdeu parte do movimento).

(...) Era tudo fechado, tipo uma cadeia. Só saíam aqueles que tinham autorização para sair. Porque a Magali era triste, a Magali era... (...) Ela era diretora do Cândido, ela era triste. A turma sofreu na mão dela. A Magali era triste. E aí, trabalhei três anos na horta, no prendedor (de roupa), aí, foi mudando, mudando. Para a turma da oficina, está bom, o emprego está bom”. (Depoimento de Luiz Antônio Buzinaro, usuário, pág. 3, 4 e 2)

A usuária Anita Del Piani, que veio parar no Cândido Ferreira na sua juventude pelas mãos da polícia, que a trouxe da rua para a instituição, já perdeu a conta do número de anos que se encontra internada e de quantos

eletrochoques tomou em todo esse tempo. Seu discurso está bastante fragmentado, pelo fato de Anita ter passado por três Acidentes Cardiovasculares (AVC) :

“A polícia que me trouxe. (...) Eu estava quieta. (...) Eu estava andando na rua. (...) Aí, eu fiquei tomando choque.

(...) (tomou muito eletrochoque?) Nossa senhora! (...) Nem lembro mais (fazendo alusão de que foram muitos).

(...) Mandava a gente deitar na cama e encostava aquele negócio, chamado eletrochoque.

(...) Eu dormia (quando tomava). (...) Não via mais nada. (...) Acordava tonta, caindo pra cá, prá lá”. (Depoimento de Anita Del Piani, usuária, pág. 1 e 2)

O depoimento da usuária Maria José de Oliveira traz o efeito benéfico do eletrochoque para a saúde mental. Segundo ela, sua melhora foi sensível depois do tratamento. Porém, o discurso traz também a questão dos efeitos colaterais desse tipo de técnica, pois relata que após o uso do choque, começou a sofrer do coração.

“Tomei muito choque, fiquei sofrendo do coração.

(...) Porque eu era assim, fazia arte no Franco (da Rocha - Juqueri). (...) Vivia brigando, eu não era bem certa da idéia. E vivia brigando e tudo. E depois com esse tratamento que eu fiz, fui me sentindo melhor. (...) (depois do eletrochoque) Melhorou bastante. Converso normal agora. (...) O coração não tem jeito, não é? Mas quando eles medem minha pressão, eles falam que está doze por sete, onze por sete. A minha pressão não chega a ficar alta, não chega”. (Depoimento de Maria José de Oliveira, usuária, pág. 2)

Outra característica comum entre os antigos moradores do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira foi a peregrinação por diversos hospitais psiquiátricos. Era comum a pessoa ser internada num hospital, muitas vezes, sem documentação alguma, e abandonada pela família. Dali por diante começam as transferências deste paciente, que em alguns casos chegaram no Cândido Ferreira somente com uma tarjeta no pulso os identificando, e com nomes fictícios, dados a eles por funcionários destes hospícios. Entre os entrevistados desta pesquisa, sofreram transferências os usuários Maria José de Oliveira e Silvio Burza, salientando que Sr. Burza nunca perdeu o contato com a família, o que não ocorreu com a Sra. Maria José.

“Fui internada no Franco da Rocha. Depois do Franco da Rocha, o médico de Franco da Rocha me mandou para Americana. Americana fechou, como sabiam que ia fechar, mandaram os pacientes de Americana tudo para o Cândido Ferreira.

(...) Vim para o Cândido Ferreira e fiquei no Cândido. Depois com o tempo, os dias foram passando, os anos foram passando, aí, arrumaram uma casa para eu morar”. (Depoimento de Maria José de Oliveira, usuária, pág. 1)

“(...) eu passei por uma situação difícil, com problemas de saúde, onde eu passei por diversas internações. Eu conheço todos os hospitais da região. Minha primeira internação foi no dia 19 de dezembro de 1983, onde começou minha luta na psiquiatria. Como já havia dito, eu passei por diversos hospitais. Passei por um hospital em Itapira, que eu não estou me lembrando o nome agora...”. (Depoimento de Maria José de Oliveira, usuária, pág. 1 e 2)

A difícil descoberta do diagnóstico dos usuários por parte da rede de atendimento em saúde mental, os leva muitas vezes a piorarem seus quadros. O tratamento inadequado deixa seqüelas morais e clínicas nessas pessoas,

que se sentem, na maioria dos casos, cobaias nas mãos da Psiquiatria. A reincidência de usuários em crise para unidades de internação e prontos-socorros dá-se, em muitos casos, pela inadequação do tratamento, ou interrupção do mesmo, devido a falta de orientação de familiares.

A usuária Silvana recorda em seu depoimento a dificuldade inicial para a descoberta de sua doença e o quanto teve que lutar por um tratamento digno. Entre idas e vindas a serviços de saúde, Silvana nos revela:

“Até os vinte e dois anos, vamos dizer assim, eu levava uma vida normal, normal entre aspas, porque o que é normal hoje, não é? Mas eu não tive nenhum surto, não sabia o que era tratamento psiquiátrico, não conhecia nada da psiquiatria. Porque até os vinte e dois anos não tinha acontecido nenhum problema comigo. Com vinte e dois anos, eu comecei a tomar remédio para emagrecer e misturei com bebida alcoólica. E eu já vinha para desenvolver a psicose maníaco-depressiva, a antiga PMD, hoje, chamada de transtorno afetivo bipolar. Essa doença, geralmente vem à tona quando a pessoa tem por volta de trinta, trinta e cinco anos, só que, por causa da bebida alcoólica e do remédio de emagrecer, ela veio antes. Aí, eu tive uma crise muito forte, eu tive uma crise de perda de memória, de tomar banho e falar que não tinha tomado, de não conseguir dormir, passar a noite inteira em claro, eu fiz uma viagem para o Paraguai e vi os policiais federais fazendo uma batida em um ônibus, e eu achei aquilo um absurdo, eu me agachei dentro do ônibus, eu fiquei escondida, eu tive medo, eu tinha medo, eu tinha mania de perseguição, essas coisas. Parecia que as pessoas estavam me perseguindo. Eu andava, andava, andava, olhava para traz e desmaiava, enfim, eu tinha tudo isso na minha vida. Aí, eu fui levada para o doutor Fábio Malar. O doutor Fábio Malar era um médico da Unimed, o primeiro médico de psiquiatria que me atendeu, e ele me passou alguns medicamentos como Aldol, Fenegan, como Aquineton para mim. Só que, como era época de Natal, eu tomei esses medicamentos, o Aldol principalmente, e a minha irmã tinha feito licor, e sobrou um copo na geladeira, fora das garrafas, e eu tomei um copo de

licor por cima do Aldol. O que aconteceu? As alucinações pioraram cada vez mais. Aí, eu fui obrigada a ser internada no hospital Bairral de Itapira. Aí, eu fui internada lá. Eu fiquei mais de cem dias internada lá.

“(...) eu não continuava o tratamento porque a minha mãe cortou os remédios meus, porque achava que eu dormia demais, o sono era muito grande. Então, ela cortou os medicamentos e cortou de levar no médico. Quando eu percebi que eu estava piorando, que começou a ficar bastante tempo sem remédio, e eu piorando, eu fui até a PUC, só que o médico ficava fazendo experiências comigo. Ele me dava um remédio, me dava outro, me dava outro. Eu falei assim: Eu não sou cobaia. Mas aqui, a gente tem que ficar tentando remédio para você ver qual que dá certo, o médico falou para mim, eu não me lembro o nome do médico. Aí, eu peguei e falei assim: Ah, não, mas eu tenho que ver um remédio que dá certo para mim. Então, para mim, até então, o melhor lugar era lá, porque eu tinha conseguido me tratar um pouco de tempo (no Bairral).

(...) Aí, eu pegava e ligava para o Bairral todo dia. Tem vaga no quarto andar? Porque eu era paciente do quarto andar, porque lá é por andar a classificação do INSS. Primeiro, segundo, terceiro e quarto andar, conforme a sua doença é que você fica no andar. Aí, eu fui: Tem vaga no quarto andar? Não tem, não tem, não tem. Até que um dia eu peguei e falei: Olha, estão me matando aqui fora. Eles estão fazendo experiências comigo na PUC. Aí, eles falaram: Então, venha. Aí, eu fui parar no terceiro andar, até surgir vaga no quarto andar. Eu fiquei uns três, quatro dias no terceiro andar, aí fui para a vaga no quarto. Aí, eu fiquei com o doutor José Ricardo, que era o médico cachimbinho da paz, que a gente chamava lá, um médico que fumava cachimbo, e a doutora Maria Rita, que era psicóloga, e eu fiquei com eles lá mais de cem dias internada também. Eu passei o Carnaval, passei meu aniversário, passei a Páscoa, passei tudo o que você pode imaginar, eu passei no hospital de novo.

(...) fiquei lá quatro meses, uns cento e vinte dias mais ou menos, eu fiquei. Daí, quando eu saí, eu comecei a fazer novamente o tratamento na PUC, e a fazer no postinho também. Aí, teve uma fase na

minha vida que eu passei bem legal também, que eu chegava a tomar um comprimido de Carmamazepina só, por dia. Porque também teve o seguinte: A minha doença, eu não sei se parecem os sintomas, mas parece com esquizofrenia. Aí, eu lia nas pastas lá e achava esquizofrenia. Mas eu pensava assim: esquizofrenia eu acho que é loucura mesmo, eu não entendo muito bem. Até que um dia, o doutor Renato Marques, que trabalha no Centro de Saúde de Sousas, e era chefe, e ele é chefe até hoje, lá da PUC, ele pesquisou tudo e viu que o meu caso era psicose maníaco-depressiva, transtorno efetivo bipolar, hoje. Aí, ele chamou a família, chamou minha mãe, que era viva na época, e passou slides, e tudo o que acontecia nos slides, mania de ser rica, um lado, uma coisa muito forte com o espiritualismo, achava que era Jesus Cristo reencarnado, que eu podia fazer milagres, que era rica, que eu podia comprar, comprar, comprar, e essas coisas todas que aconteciam, o libido, que libera muito geral, fica meio “dadeira”, você libera a parte sexual, não vê cara nem coração, libera mesmo, sabe, é uma coisa assim muito triste, muito degradante. Eu não sei como eu não peguei uma doença venérea, como eu não peguei uma Aids, porque eu não usava camisinha, nem nada, e tinha relações sexuais com pessoas que eu não conhecia direito. Mas é por causa da doença, não é porque você faz isso por ser sem vergonha, você é uma cachorra, você é isso ou aquilo outro. É tudo por causa da doença, a doença que é ingrata nessa parte, que te libera, que te faz isso. Hoje, não, graças a Deus, eu tenho controle sobre essa parte, tenho controle, tenho a medicação que ajuda, tenho o namorado que me ajuda. Então, se for acontecer alguma coisa, vai acontecer com o meu namorado, não vai acontecer com outras pessoas. Então, nessa parte, é uma segurança que eu tenho comigo. Mas eu já fui assim, de ser muito liberal, de ser muito libertina, e acabar acontecendo essas coisas.

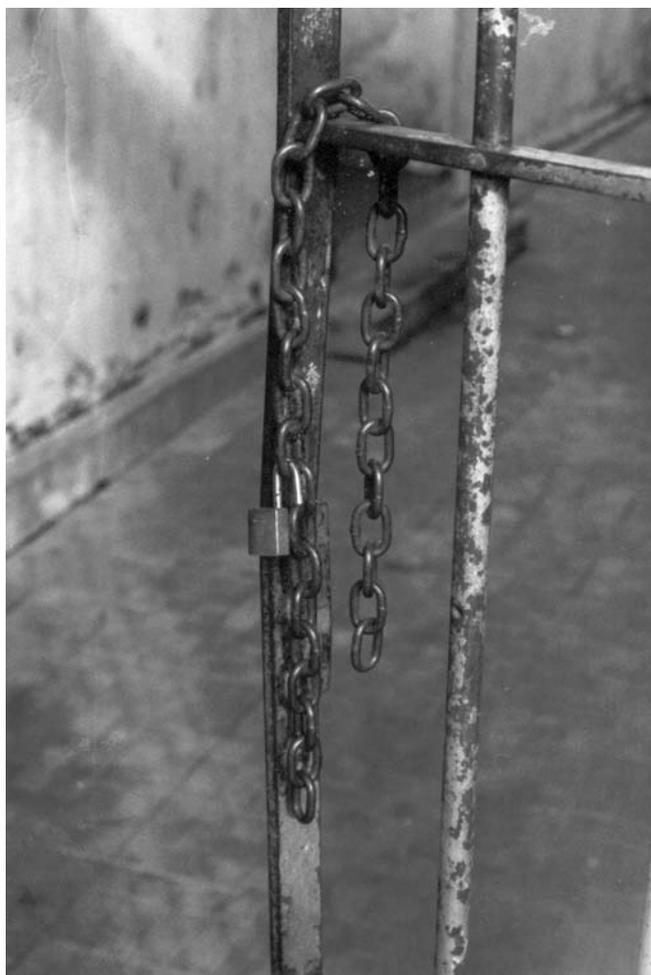
(...) Acho que por volta de 1992, 1993, mais ou menos, que descobriram minha doença. De 1987 a 1993 passei me tratando sem saber do que, sem saber o que era.

(...) Eu tive uma crise, e eu fui parar em Minas Gerais, e antes dessa crise... Eu fui parar em Minas porque eu briguei com uma menina

que eu morava junto com ela. Eu morava lá, tudo, e eu fiquei um mês morando e cuidando dos meus pais, e tive uma crise. Daí, minha irmã me internou lá em Passos, lá no final do mundo. Um lugar que não tinha carne. Eu fiquei quase um mês sem comer carne. Era longe, era difícil a minha família vir me visitar. Quando eu voltei, os meus pais estavam num asilo. Mas eu estava que nem um bicho. As minhas unhas cumpridas, e cabelo cumprido, mal vestida, parecia assim um bicho mesmo. Aí, meu irmão falou assim: Eu vou levá-la para a casa da Bia, lá em Campinas, porque na cidadezinha que era Itamogi, lá em Minas Gerais, não tinha recurso.

(...) o hospital era em Passos, bem longe de Itamogi. Itamogi era onde eu morava com meus pais, que depois se separaram, foram para um asilo, e eu fiquei morando sozinha numa casa. Eu morava sozinha, aí que eu não me cuidava direito mesmo. Aí, meu irmão falou assim: Eu vou voltar para Campinas com a Bia, que é a nossa irmã, para ter um tratamento direito e tudo. Aí, eu peguei, ele conversou com a Bia, que é essa irmã que eu mora até hoje, eu peguei e vim para Campinas. Ele se transferiu para cá e tudo. No começo, a minha irmã me mandava para a Igreja Universal. Todo dia eu ia para a Universal, segunda, terça, quarta, quinta, até domingo eu ia para a Universal. Só que aquilo não estava resolvendo. Em vez de me mandar para o hospital, estava me mandando para a Universal. Até que um dia, ela viu que eu não estava passando bem, percebeu que eu estava entrando em surto, em crise e me levou para a PUC. Aí, eu fiquei internada na PUC. Eu cheguei lá e estava tendo greve dos postos de saúde em Campinas. Eu já cheguei para o repórter que estava lá, da televisão, e perguntei o que estava acontecendo, ele me explicou que estava tendo greve, eu consegui dar uma entrevista, consegui o que queria. Estava aquele reboleço, porque não queriam atender a gente, aí eu peguei, fui lá liderei um movimento, conversei com a assistente social, e eles puseram a polícia em cima da gente, os seguranças em cima da gente. Eu falei: A gente não quer segurança, a gente quer médico. Só sei que rapidinho me puseram para dentro, me internaram, e eu fiquei lá internada. Isso foram duas internações que eu tive rápidas, na PUC. Aí, eles viram que eu estava

precisando de mais tratamento". (Depoimento de Silvana Borges, representante eleita dos usuários do Cândido Ferreira, no Conselho Diretor da instituição, pág. 1, 2 e 3)



Resquícios de grades e correntes ainda presentes na instituição no ano de 1997 – acervo do Cândido Ferreira

Período difícil aos portadores de sofrimento mental, o anterior à reforma psiquiátrica. Muitos abusos, enganos, desrespeito, tratamentos inadequados, sofrimento ao usuário e seus familiares, e muita discriminação social, que levava à reclusão nos pátios dos manicômios, sem qualquer direito.

O tratamento pós reforma psiquiátrica

O Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, então fundado em 1924, chega no final dos anos 80 com uma grande dificuldade financeira. O cenário da instituição mesclava, além de uma grave crise financeira, pacientes atendidos em condições precárias, quartos-forte, grades nas janelas, cercas, muros, chaves, trancas, eletrochoques e tudo o mais que acabamos de abordar no sub-item anterior. Esta necessidade de novas parcerias levou a instituição a procurar o poder público municipal, no ano de 1990, e firmou-se, a partir desta data, um convênio de co-gestão entre o Cândido Ferreira e a Prefeitura Municipal de Campinas, possibilitando a implementação da reforma psiquiátrica.

A situação econômica era de tal ordem que Sr. Antônio Orlando, Presidente do Conselho Diretor da instituição, revela:

“(...) vamos fechar o hospital. Vamos chegar, pôr esses nossos doentes num... num... num ônibus e vamos na prefeitura e entregamos a chave e os doentes e eles que façam o querem, porque não é possível assim. Nós estamos aqui sofrendo, e estavam sofrendo mesmo. Então... Ele (Dr. Nelson Noronha) sempre punha dinheiro do bolso dele, coitado. Sempre, ele sempre complementava. Chegava o dia de pagamento, ele ajudava, complementava... Mas era um camarada idealista. E tem uma coisa no Cândido Ferreira: o pouco que eu sei do Cândido Ferreira, passar dos anos, oitenta e poucos anos hoje..., sempre teve um substrato ético-moral muito importante das pessoas que dirigiam, com algumas restrições que eu não quero falar. Não quero falar nada. Há algumas exceções, mas era muito bom. E isso foi o que sustentou o Cândido Ferreira até hoje, porque..., meu Deus como é que ficou de pé esse negócio durante oitenta anos? Não é, não é gratuito, não, não é não. Tem o substrato.

(...) Uma coisa interessante é como surgiu a estrutura do Cândido Ferreira, com o doutor Gastão (Gastão Wagner de Souza Campos –

Secretário de Saúde), aquelas reuniões tremendas... vai, não vai, doutor Nelson era advogado, ele tinha muito conhecimento de tudo, ia, voltava, era muito generoso conosco. Eu não dava muito pro apito, porque, meu Deus do céu, não sou jurista, não sou nada. Mas ele montou em esquema que é fabuloso. Nós temos hoje uma estrutura no Cândido Ferreira quase que ímpar, não digo ímpar porque não conheço as outras, mas muito boa. E foi fruto desse encontro do Gastão com ele... e... da prefeitura... o Bittar (Jacó Bittar) era o prefeito. Eu lembro quando assinamos o contrato, lá no Cândido Ferreira, num almoço, eu tava presente, almoçando... O doutor Nelson preparou maionese, não sei o que. O Gastão tava lá, assinamos lá o negócio. Agora não tem... E depois passamos a participar das primeiras reuniões. É lógico, eu tenho mentalidade, as primeiras reuniões, eu lembro... aumentar o salário, coisa e tal. Eu dizia: meus amigos, não tem um jeito de fazer uma reserva técnica, porque eu vinha com a agonia de todo mês não ter dinheiro pra pagar a folha, não ter dinheiro pra contratar uma pessoa. Eu dizia: vamos arrumar um dinheirinho, pelo amor de Deus, não aumenta muito, aumenta um pouquinho, mas vamos devagar. Mas sabe naquele tempo era..., não vou falar o partido, mas era outro partido né... do Bittar. Era o PT, mas tudo bem. Tavam entusiasmados... E de fato foi... Como é que chama aquela diretora... ai meu Deus... de Jundiá..., eu sou ruim pra guardar nomes... Bom, não importa. Então, fazemos as reuniões lá. E começou-se aí a estrutura do Cândido Ferreira. Eu fiquei muito... muito feliz com isso., Eu ficava meio caladão... nas reuniões. Eu sempre dava uns palpites. Porque a gente sempre tem... As reuniões... Dava a impressão que aquilo era estatal. Eu dizia: mas não é estatal. É privado. Ta certo que agora nós temos o convênio com a prefeitura... eu dizia: nós temos que arrumar um pouco de dinheiro, uma reserva. Eu sempre falava: vamos fazer uma reserva técnica. Mas se bem que, às vezes, o fato de não fazer reservas técnicas, permitiu ao Cândido subir. É a velha interrogação: em nome de uma tecnologia, em nome de uma reserva econômica, é que pode evitar de crescer? O Cândido Ferreira cresceu muito na sua estrutura. Sacrificando, se endividando... Ta certo ou ta errado? Eu tenho pensado muito nisso. Às vezes eu penso: ta errado.

Depois, eu penso: não, se não tivéssemos feito isso não teríamos crescido. Ta certo. Então eu acho que aí entra o bom senso. Crescer, se endividar até um certo ponto. E agora, na minha opinião, chegou ao ponto. Chega! Nós temos que caminhar equilibrado, nós não somos uma empresa estatal, que até pouco tempo atrás jogava pro outro os problemas. (Depoimento de Antônio Orlando, Presidente do Conselho Diretor de 1990 até o ano de 2004, pág. 4 e 5)

A reforma psiquiátrica é um movimento que congrega indignados com a condição de abandono e de desrespeito aos direitos humanos de pessoas que adoeceram involuntariamente das suas faculdades mentais. No Brasil, a reforma soma as causas do Movimento da Luta Antimanicomial, do Conselho Regional de Psicologia (CRP) e do Sistema Único de Saúde (SUS), na busca de transformações da assistência psiquiátrica.

No Brasil, ainda existem cerca de 60 mil leitos em hospitais psiquiátricos, e na maioria das vezes, inadequados às exigências das leis⁷ de assistência à saúde mental. O advogado em direitos humanos da Organização Panamericana de Saúde (OPAS), Dr. Javier Vasquez, revelou em seu depoimento:

“(...) de maneira geral, há muitas violações graves, sistemáticas. Existem muitos hospitais psiquiátricos fechados, exilados. Existem muito poucos serviços comunitários, não há residências na comunidade - moradias extra-hospitalares. As pessoas seguem vivendo, muitas, e por toda sua vida, em celas, em salas, em hospitais psiquiátricos. Então, é uma reforma que está acontecendo, porém, ela é muito lenta. Então, existe, digamos, violações graves aos direitos humanos básicos”. (Depoimento de Dr. Javier Vasquez, advogado em direitos humanos da OPAS, pág. 1)

⁷ Neste mesmo capítulo haverá um sub-item que abordará as leis brasileiras no tocante à assistência da saúde mental.

A procura por uma relação não autoritária e totalitária com os assistidos passa por diversas nuances, de acordo com o contexto sócio-político-econômico e cultural de cada país. O que existe de comum entre todas as experiências é a proposta de tratamento do doente mental fora do hospital e a territorialização do acesso à atenção⁸. No mais, pode-se afirmar que, apesar de ter se inspirado no modelo de reforma psiquiátrica italiano, o modelo da reforma implementada no Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira é brasileiro, campineiro e sousense, uma vez que busca se adequar à realidade das pessoas que ali se encontram.

A reforma psiquiátrica do Cândido Ferreira foi liderada, em grande parte, pelo médico psiquiatra Dr. Willians Valentini, que assumiu a superintendência da instituição a partir de 1991, permanecendo até o ano de 2004, ao lado de Dr. Nobusou Oki, médico psiquiatra, que assumiu a direção clínica institucional e de 2004 para cá encontra-se como superintendente. O convênio trouxe soluções para diversos problemas e, na contramão disso, estabeleceu um conflito interno entre alguns funcionários antigos e funcionários novos.

“Com as modificações, você também fica muito apreensivo. Você não sabe o que vai acontecer. A cada mudança de governo você ficava preocupado. Por que? Porque a gente era um pessoal mais antigo, estava aí há muito tempo. De repente vem uma turma nova, você nem sabe o que vai acontecer, entendeu. Muita gente saiu, outros foram despedidos. Eu continuei, procurei ganhar a confiança desse pessoal novo, porque eu acho que eu sempre fiz um trabalho aqui, não só pelo salário, mas é porque eu gosto de fazer. Estou aqui, tenho que fazer, e tenho que fazer bem feito. E, aí, eu acho que eu fui ganhando a confiança do pessoal, e estou aqui até hoje na luta”. (Depoimento de Luiz Gasparin, funcionário do Cândido Ferreira desde 1972, pág. 2 e 3)

⁸ CAMPOS, Florianita Coelho Braga. *O Modelo da reforma psiquiátrica brasileira e as modelagens de São Paulo, Campinas e Santos*. Campinas, Tese de Doutorado da Faculdade de Ciências Médicas - Unicamp, 2000.



Maria Elvira ajuda na percussão, em festa institucional, no ano de 1997 – acervo do Cândido Ferreira

O ano de 1990 marca, na instituição, o fim dos métodos agressivos de tratamento. Uma nova forma de cuidar começa a ser implementada, processo que perdura até hoje. Grades foram retiradas, portas foram abertas, foram abolidos o uso da camisa de força, do eletrochoque, das punições, dos quartos-forte e o uso indevido de medicamentos. A forma mais humanizada de tratar deu início ao processo de desospitalização dos internos e a capacitação deles e da sociedade, para um possível convívio social.

“E nós tivemos a oportunidade aqui, eu tive a oportunidade de ver pessoas depois de 1990, quando foi feita essa transformação, como eu já disse antes, o sorriso das pessoas, a liberdade, e as pessoas não têm medo de conversar com elas. Agora, o bacana que eu vi aqui também, foi quando você disse a respeito do RG: Como é gratificante você sentir que você viveu uma vida preso, sem saber quem você era, você não tinha documento, e elas passam a receber o RG. Você via o sorriso estampado no rosto dessas pessoas, a gratificação de saber que ela era uma cidadã brasileira com documento. Eu me chamo fulana de tal. Muitas delas passaram a ir para suas casas e passaram a poder fazer compras porque ela tinha o prazer de chegar em uma loja, (e a pessoa perguntava) Aonde é que você mora? Eu moro em tal lugar. Você tem documentos para eu poder fazer uma ficha? Tenho, eu tenho o meu RG. Elas falam com orgulho: Eu tenho o meu RG. E também as moradias que foram proporcionadas, porque essas pessoas saíram de dentro do hospital, independente de ter melhorado o hospital, mas elas foram para as moradias. O que é uma moradia? A moradia é onde elas têm o livre arbítrio, as pessoas podem ter um cachorrinho, isso é muito bom. Já pensou, você vai lá para uma moradia, e você ter um cantinho onde você pode plantar, você planta no quintal um almeirão, você planta um pé de couve, você se dedica àquele pezinho de couve, aquele almeirão... Então, ela vai se reintegrando à sociedade gradativamente. Isso aí é uma conquista muito grande, como você disse, muitas vezes, a pessoa vai chegando aos sessenta e há um declínio na vida, e essas aqui, é o contrário, elas estão subindo cada vez mais. Outra oportunidade maravilhosa é nós termos a FUMEC aqui, onde eles passam a estudar e eles conseguem aprender. É outra coisa maravilhosa. Eles começam a se corresponder com os filhos. E quando o filho recebe uma carta de um pai que ele jamais pensou que o pai ia aprender a ler, o pai está se comunicando com filho, lá em Minas Gerais e em outros estados por aí, os filhos ficam emocionados, os filhos começam a pensar: Puxa, mais como o meu pai, como a minha mãe mudou. Isso é maravilhoso, essa transformação é demais”. (Depoimento

de Silvio Burza, representante dos usuários da Associação Cornélia Vlieg no Tear das Artes – Guarulhos, pág. 5)

De 1990 para cá, muitos internos descobriram o paradeiro de seus familiares, e alguns voltaram a viver com eles em sua terra natal. Os idosos que não mais localizaram suas famílias estão sendo ressocializados, e, atualmente, a instituição oferece 33 moradias assistidas localizadas em bairros da cidade de Campinas.

“Minha mãe me falou se eu queria voltar para Maceió, Alagoas, e eu falei: Não, eu me acostumei aqui no sul do país, do Brasil. Me acostumei aqui com o sul e não queria, não quero mais voltar.

(...) (mas) ela mora em Campinas. (...) De domingo ela vem me visitar e tudo. (...) Ela e uns parentes lá. Às vezes, ela vem com meu irmão. Ela vem mais com meu irmão quando é fim de ano, Natal, aí eles vêm juntos”. (Depoimento de Carlos Alberto da Silva Duarte, usuário, pág. 1 e 2)

“(...) chegaram, lá do Cândido, a mandar carta, mas não resolvia nada. Não sabe onde vê esse pessoal, não acha. (...) Não localizou, não, porque dizem que era uma fazenda, e não acharam, eles não sabem. Porque o pessoal puxava lá esse negócio, o pessoal de Sousas, esse nome desse patrão do meu pai, falava no nome Moura Andrade, e eles falavam que conheciam, o pessoal de Sousa. Falavam em Moura Andrade, e eles falavam que conheciam. Esse é o patrão lá da fazenda do meu pai lá, esse que era o patrão do meu pai. (...) Não acharam, não achou, não. Eles chegaram a mandar muita carta para lá, mas não resolveu nada. A Ditinha achou a família dela, essa daí achou. De vez enquanto, ela vai lá na casa da família dela, pode pergunta para ela. Ela vai lá na casa da família dela passar... Quando tem festa, ela vai para lá e volta em outra época lá.

(...) (sente saudade) É... Mas, graças a Deus, eu estou bem, estou bem. Já estou mais acostumado com a turma também. E também tem muitos vizinhos que a gente já está acostumado. E eles não querem que a gente saia daqui, não. Já falaram que não querem que a gente saia daqui, não, tem muitos vizinhos que já falaram isso daí". (Depoimento de José Marques, usuário, pág. 5 e 6)

"Não tenho, eu sou de família abandonada. (...) Não localiza mais. (...) Perdeu o contato, perdeu faz tempo Régis, desde de quando eu estava em Americana, no hospital de Americana". (Depoimento de Maria José de Oliveira, usuária, pág. 2)

"Eu morei com a minha tia madrinha. (...) Então, para trás, meu primo foi buscar eu. E eu fui morar com a minha tia. E uma prima me judiava, amarrava eu assim, amarrava meu braço forte mesmo. Eu ficava sem comer, eu ficava de castigo (...) porque ela não combina com a minha tia. Ela quer que eu fique lá na minha tia para dar isso que eu ganho. Por que você não vai morar com a sua tia? (...) Você é aposentada, você ajuda a sua tia que está sofrendo, ela tem diabetes, tem isso e aquilo. Porque querem que eu ajude a ela. De que jeito eu vou ajudar ela? Eu sou aposentada, e eu não posso nem me (sustentar) por mim. (...) Eu recebo aposentadoria. (...) (a tia quer) pegar o dinheiro meu. Mas então, a referência minha, a Alessandra, do CAPS Sul, ela não quer que eu vá mais lá, não, na casa da minha tia. Sábado e domingo não. (...) Nem sábado e domingo. Domingo passado eu fui. Mas ela não quer que eu vá lá mais não, porque ela pede, ela pede dinheiro meu. Eu tinha dinheiro, que eu recebia, no ano passado roubaram meu dinheiro. Tinha muito dinheiro novo, quatrocentos e quarenta, cinqüenta, por aí, porque eu não conheço. Eu não conheço (dinheiro), eu vou guardando na minha carteira". (Depoimento de Marlene Diniz, usuária, pág. 2)

Como se percebe nos depoimentos acima, muitas são as situações e os conflitos familiares. A seguir, o usuário Silvio Burza, em seu depoimento, faz um alerta às famílias de usuários. Ele ressalta a importância de não se perder o vínculo familiar durante o tratamento e também os cuidados extensivos aos familiares, para que possam compreender melhor o diagnóstico de seu ente, e, desta maneira, evitar o sofrimento de ambas as partes.

“(...) antigamente, era difícil o tratamento, porque, antigamente, tratava somente o paciente. Hoje, a psiquiatria está muito moderna. Além de tratar o paciente, a família também é acompanhada. Quando você tem a oportunidade de sair do hospital, a família também está preparada para te receber. É onde é mais fácil a sua recuperação.

(...) Família, mais chegados como esposa e filhos, eles entendiam (o diagnóstico). Agora, os parentes um pouco mais distantes, tios, primos eles pensavam assim, falavam assim: Ah, esse cara aí não quer nada com a vida, esse cara aí só quer viver internado, esse cara não faz mais nada. E uma, que antigamente, os hospitais psiquiátricos eram assim: Você se internava. Eu, como era uma pessoa que não gostava de ficar muito parado, a partir do momento em que você ajudava na cozinha, a partir do momento em que você varria um pátio, para o dono do hospital era bom, porque ele deixava de contratar um funcionário. Então, se você é internado você se acomoda Eu fui uma pessoa que, sinceramente, me acomodei um pouco. Então, a família, os parentes mais distantes como tios e primos, eles falavam que a gente não queria nada. Se for ver até que um pouco era assim. Mas, depois que teve essa reforma psiquiátrica, que as coisas foram mudando, que começaram a tratar a família, que a família também estava vendo que a gente estava um pouco devagar, conversavam com a gente o que eles ouviam dos psicólogos, o que eles ouviam dos médicos, o que eles ouviam dos terapeutas, aí foi trabalhando tanto a família como a gente, e foi onde a gente, graças a Deus, pôde começar a entender...”. (Depoimento de

Silvio Burza, representante dos usuários da Associação Cornélia Vlieg no Tear das Artes – Guarulhos, pág. 2 e 8)



José Marques (último à direita) e seus amigos em festa de aniversário em que comemorou 68 anos – acervo pessoal

A abertura dos antigos manicômios e a nova postura no modo de cuidar da saúde mental desencadeia uma relação de co-responsabilidade dos usuários no seu tratamento. O que antes eram regras determinadas pelos médicos e funcionários, após a reforma, a maior liberdade prevê que o atendido tenha também uma maior responsabilidade com sua saúde e com a dos colegas.

“(...) o transtorno psicossocial, o que mais precisa não é tanto a medicação, o que precisa mais é amor, mais dedicação, onde as pessoas na área hoje estão se preparando mais assim. Porque o bom é a pessoa ter a oportunidade de ouvir você. A partir do momento em que você é ouvido, você consegue eliminar muitas coisas, e eu me sinto muito bem hoje.

(...) faz nove anos que, graças a Deus, eu estou bem. Só que tem uma coisa: Eu faço uso da medicação, porque o maior problema que a

gente encontra, o maior problema que a gente encontra é que são pessoas que precisam tomar a medicação, mas eles acham que estão bem e não tomam. É aí que acontece o problema de surtarem. Mas se a pessoa toma a medicação certa, ela não surta. E outra coisa, a medicação psiquiátrica é como se fosse uma medicação de uma pessoa que está com problema de diabetes, hipertensão, e tem a pessoa que precisa tomar a medicação psiquiátrica. A partir do momento em que você faz uso da medicação psiquiátrica, você fica normal e para viver na sociedade como qualquer outra pessoa. E também muitas pessoas usam a medicação psiquiátrica e misturam com álcool. São duas coisas que não combinam. Então, se você vem para fazer um tratamento, seja sincero com você mesmo, faça o tratamento e não use bebida alcoólica. Vá em festa... Eu vou em festa, tomo minha Coca-Cola, meu guaraná e me sinto bem. Eu vejo a festa começar e vejo a festa terminar. Enquanto muitas outras pessoas, independente de não tomar medicação, fazem o uso de drogas, fazem o uso do álcool, que é uma coisa lícita, é onde você vê terminar uma festa e a pessoa está alcoolizada e você está bem, graças a Deus". (Depoimento de Silvio Burza, representante dos usuários da Associação Cornélia Vlieg no Tear das Artes – Guarulhos, pág. 2, 5 e 6)

(...) É, cuida um do outro. Quando uma pessoa está meio nervosa, a gente fala com o enfermeiro, avisa o enfermeiro: O fulano não está bom, não está bom. Que nem o Chico agora, parece que, graças a Deus, ele melhorou. Mas de primeiro, de vez em quando, o cara de vez em quando, tem que ficar de olho nele, porque ele acorda cedo, levantava muito cedo demais, começava a ligar a televisão, essas coisas. Mas agora parece que melhorou. Pode largar o remédio, e tudo que ele toma.

(...) Cuido (do medicamento próprio) e de todos eles. O meu e o dos outros, porque eu tinha esse negócio... Eu estava tomando, ontem, esse negócio do rosto da gente começar a descascar, mancha que a gente pega no rosto, vieram umas três caixinhas para eu tomar. Ficou lá

e eles mandavam vir aí. Eu ia tomando, tomando, acabava. Quando ia acabando eu avisava, eles traziam e eu ficava tomando. Tem mais um junto com a Coristina que estou tomando. Tomo junto, e acabou ontem.

(...) (cigarro) Parei. E a turma está... O pessoal lá do Cândido, tem um rapaz lá que fala para mim porque é que eu não rezo para ele largar mão de fumar. Porque tem hora que, Nossa Senhora, fica doendo a barriga dele, e não sei o que. O falei: Pare igual eu. Eu comecei com essa folia, chegava e fumava até ali pela hora do almoço. Depois do almoço, eu não fumava, não. Depois lá no quarto, à noite, eu não fumava, não, eu não fumava de noite também não. Depois foi indo, foi indo e eu larguei.

(...) Na televisão, eles falam que o cigarro não faz bem. (...) eu escutei falar na televisão que faz mal para o estômago. Você é louco, esse negócio não faz bem não. No lugar disso daí, a gente faz uma festinha e come carne, come doce, qualquer coisa. É melhor do que ficar fumando essa porcaria de cigarro. Que nem eu fiz aí, e o pessoal gostou.

(...) A gente tendo saúde pode andar melhor. O médico me colocou uns curativos no pé, e agora eu estou andando bem. Nesses tempos atrás, um enfermeiro lá no postinho falou para mim assim: Anda mais devagar, o senhor está andando muito depressa. Porque a gente anda muito depressa agora que esse negócio na perna melhorou. (...) que nem eu estava vendo esse negócio do braço mesmo, eu fui ver esse negócio do raio tem papel ali. Terça-feira agora eu vou tirar esse raio-x para ver se a mão volta no lugar. (Depoimento de José Marques, usuário, pág. 3, 4 e 5)



Marlene Diniz em frente à casa onde reside, maio/2004 – acervo do autor

As moradias assistidas, em que foram morar os idosos que não conseguiram localizar o paradeiro de suas famílias, funcionam como "repúblicas mistas", permitindo uma maior autonomia e um convívio e participação mais ampliados na sociedade, para mais de 160 idosos, uma vez que se encontram localizadas em bairros da cidade de Campinas. Estas moradias são subsidiadas pelo Cândido Ferreira e cada uma tem um modo peculiar de funcionamento, dependendo do grau de autonomia dos moradores, de seus desejos, da localização, etc.

"(...) moradia é um grupo, é como se fosse uma família, são amigos? - não são. São pessoas que alguns tem um vínculo, tem um afeto, mas não são parentes, né, não são. E... e a gente tem que estar habilitado para, sabendo disso, trabalhar as questões do dia-a-dia, as questões da convivência, que estão presentes na vida de qualquer ser humano, né, quando você se relaciona com outro tem questões, boas, ruins, de interação, de brigas, de desentendimentos, e isso acontece no dia-a-dia e não dá para quer que sejam todos bonzinhos: - 'Ah, está na moradia'. Tem as brigas, o único contrato que é feito, né, nas casas, é de não agredir, que agressão física nunca foi banalizada como é na

instituição, e não que seja castigada, né, porque alguém que está em crise pode acontecer de passar o ato e agredir alguém. Mas isso é trazido no momento da crise, depois que... que a pessoa fica mais tranqüila, que consegue negociar, é trazido, né, para discussão. A gente, enquanto trabalhadores, tem o papel de mediar, mas não de... de dizer o que tem que ser feito ou não e que é muito difícil também, porque tem que estar atento para não julgar, para não colocar o seu entendimento assim, é lógico que tem sua avaliação, mas é o grupo que tem que escolher, que tem que dizer se aceita. Tem um caso de uma moradia que é um caso grave, que sempre entra em crise, ora muito deprimido, ora muito maníaco. E na casa que ele mora, essa pessoa é evangélica e na casa, a maioria é católica, e tem dois católicos fervorosos. Numa das crises, ele quebrou todas as imagens de santo de uma das moradoras, xingou ela, enfim, foi uma situação muito delicada. Ele voltou a morar nesse núcleo, não... não foi: - 'Ah, agora brigou não volta mais'. Foi feito um contrato, ele pediu desculpa, né, não vou dizer que... nunca mais isso... de quebrar nunca mais aconteceu, mas discussões acerca disso tem o tempo inteiro: 'Na minha igreja imagem é barro, isso aí não é nada' - daí a pessoa tenta argumentar e se exalta, mas de agredir foi feito esse contrato e daí é o grupo que tem que dizer: - 'Olha, não dá mais, está difícil'. E acho é muito saudável eles dizerem isso, que não quer mais morar, chegar à conclusão que não dá para morar em grupo e quer morar sozinho...". (Depoimento de Sandrina Kelen Indiani, ex-funcionária, pág. 16)

"Eu fui morar em outra casa mas não me dei bem com o paciente. Discutia um pouco, aí o Márcio (gerente do Núcleo Clínico) falou: - Desse jeito não está nada bem, arrumamos casa para vocês morar e vocês ficam brigando. Eu falei: - Eu não me dava com o paciente e o paciente não se dava comigo. Agora aqui nessa casa Régis, está a Sandra de prova, não é Sandra? Fala Sandra, para sair no gravador você falando. Vem cá, vem cá. (Régis: - Pode contar a senhora que eu acredito na senhora. Pode falar a senhora mesmo) (...) Aí, o Régis, o

Régis não. Aí o Márcio falou... Eu falei: Márcio? Aí, o Márcio vinha aqui visitar nós e conversar com nós. Aí eu falei: - Márcio, eu gostei muito da casa, me dou bem com a Sandra. A Sandra é essa daqui, funcionária. (...) Fica aqui todos os dias com nós. (...) Ela lava a nossa roupa, ela cozinha, ela limpa casa, ela faz tudo. O que eu estava falando?... (...) Eu falei para o Márcio que eu me dei bem com as pessoas, aqui na casa. E falei para o Márcio que eu gosto muito da casa. (...) Nós somos em sete. A Cida, a Celina, o Aurelindo, o Luis e eu. Nós somos em sete pacientes, três homens e quatro mulheres. (...) Eu me dou bem sim com a turma. Não brigo, me dou bem. (...) Vai fazer um ano que estou nesta casa. (Depoimento de Maria José de Oliveira, usuária, pág. 1 e 2)

“Então as situações do dia-a-dia, que foram acontecendo muito no início, das pessoas terem o hábito da instituição, né, naquela casa, e que eu fui me dando conta: - ‘Nossa.., o que que é isso?’, né, que é a vida deles... de coisas simples de dar onze horas no dia seguinte e as pessoas estarem muito agitadas aí que eu fui perceber que o almoço não estava pronto, mas para mim, onze horas, e eles seguiam o horário da instituição ainda, onze horas já estavam almoçando. E daí nem o feijão estava cozido, as pessoas estavam ansiosas, é..., no início de comer compulsivamente, então, é..., eles comiam, comiam , comiam e eu não entendia falava “Nossa, como comem”. Mas não era fome era comer porque há muito tempo não tinha disponível o alimento. De tudo pedir para mim, assim, posso beber café, posso fazer isso, tudo eles pediam permissão ou me comunicavam, de tudo na vida: que ia tomar banho, que ia na padaria, se podia comer mais, se podia comer menos, é..., foi uma experiência que...(pausa), não tem..., acho que é incomensurável, só palavras não dizem tudo o que eu vivenciei, mas muito rica, assim, de muito aprendizado...”. (Depoimento de Sandrina Kelen Indiani, ex-funcionária, pág. 3)

“Agora eles ligam no meu celular, eles ligam. Quer dizer, você imagina só um cara...que era um cara que ficava no pátio, ele tinha mania de queimar roupa, quer dizer: É a mesma pessoa. Hoje, ele liga para mim da moradia e diz: Olha, tem que arrumar a cama da Antônia. O armário da Antônia quebrou. Você vê o ganho que teve, o espaço que foi conquistado aí fora como cidadão. Ele está fazendo... Se quebrar uma coisa na sua casa, você não vai chamar um encanador, um eletricista? Olha, o chuveiro quebrou, dá para você vir arrumar? Ele está fazendo essa coisa normal. Para mim é normal. Ele, o Marco e uma série de pessoas aí”. (Depoimento Luiz Gasparin, funcionário, pág. 6)

Não há um único formato que estabeleça como deve funcionar cada moradia. Em cada casa há uma necessidade de assistência diferenciada, e esta diversidade é respeitada.

“O enfermeiro vem trazer remédio (...) uma vez por dia. Às vezes, quando não vem é o Chico que vai busca o remédio lá no Benedito, o remédio fica lá. O meu, eu mesmo seguro, eu mesmo tomo sozinho. Agora vem o da Cristina e o do Chico, que vem de lá para cá. O meu e o da Benedita, ali, o dela, fica com nós aqui”. (José Marques, usuário, pág. 3)

“Faço café, faço comida, lavo minha roupa. Só não lavo roupa de cama, mas minha roupa, sou eu que lavo. Tem um tanquinho aí e tudo. (...) A roupa de cama é a faxineira. Lava as fronhas e o lençol. (...) Ela (a faxineira) vem de terça e quinta-feira. (...) (sobre quem paga a faxineira) Tem o Mauro dá um pouco... (...) Só o André que não colabora porque não tem mesmo. Ela faxina. E aí ela limpa, dá um trato, porque se depender da turma para dar um trato é difícil”. (Depoimento de Luiz Antônio Businaro, usuário, pág. 5)

“(...) não basta tirar da instituição e colocar numa casa e continuar tutelando. E para reabilitar tem que ter esse tempo. Eu lembro..., tem uma moradora que ela é bem idosa, que você fotografou, a Margarida, que ela está numa casa e eu sei que ela assim ela traz fatos da história do passado de cozinhar, de gostar disso, e eu fico morrendo de vontade de ver ela cozinhando. Mas ela é super resistente e ela fala assim, ela fala: - ‘Ah, eu adoro cozinhar’, então Margarida, porque você não ajuda aqui na sua casa, um dia a gente pode fazer junto. – ‘Não, não, tem a empregada que faz!’ (risos), né, ou ela fala a empregada ou tem a fulana que faz, e daí para fazer junto o tempo dela descascar uma batata é muito lento, né, não vai ser o tempo de eu descascar a batata, que é muito mais rápido. Então, o tempo tem que estar vislumbrado que não é no tempo que eu quero, né, o tempo possível deles. De andar até um lugar, de ir, a questão da memória, né, porque quando vai para casa, como eu falei que vem muitas lembranças, agora já está ficando prejudicado, né, assim, pela questão da idade. Ora tem filho, ora não tem, a questão da... da localização espacial, temporal, vai ficando prejudicada, então você tem que... que aproveitar, investir, mas sabendo que muita coisa, né – eu tinha, no início, a expectativa de localizar a família, a documentação da maioria e isso foi possível da minoria”. (Depoimento de Sandrina Kelen Indiani, ex-funcionária, pág. 15 e 16)

“(...) a gente tenta superar as rotinas manicomiais, mas também não dá para querer que essas pessoas, depois de anos e anos de viver desse jeito, que viva do outro jeito. Então, por exemplo, o Pedro, que morou no Cândido 40 anos. Hoje já é velhinho, eu não vou querer que ele volte a jantar dentro do meu padrão de jantar, né. Não posso mudar, porque, olha que sofrido, já está tão velhinho que agora eu vou falar: - ‘Olha, agora saiu do hospital, então a janta não é mais às 17h, é às 19h’. Tem que deixar isso se dar com o tempo, assim, a maioria das casas almoçam e jantam cedo, mas eu não tenho que falar: ‘Olha, está manicomial, viu gente!’, não. Só o fato deles... não terem aquela...

porque não tem a rotina: - 'Tem que jantar agora', né, tem casas, eles...a casa da Benedita, por exemplo, hoje eu cheguei na casa era... uma e meia (13:30h), daí o Carlos levantou e foi almoçar, uma e meia da tarde. Então, eles que tem que, na medida do possível e da autonomia, administrar o tempo. É... estou falando do horário mas aí tem outras coisas do dia-a-dia, o jeito de tomar banho, de fazer a barba, que eu também não vou querer agora também que seja dentro do meu padrão. (...) se eu estou dando autonomia, se estou respeitando, se eu estou... é... ali junto e ele quer fazer daquele jeito ele vai fazer daquele jeito, né. O jeito de guardar as coisas no hospital, né (rindo), que eles guardam tudo assim muito bem guardado, com medo de ser roubado. E de fato, as coisas no hospital somem, não tem... Na moradia eles continuam fazendo isso... algumas pessoas andam com a bolsa. A Elvira, ela não larga as coisas dela por nada desse mundo, mora na casa há um tempo já, não vou querer que ela guarde a bolsa... Ela é assim, ela vai andar com a bolsa dela, né. (...) ter medo de perder as coisas, isso ainda é muito presente, assim, lógico que as casas que eles estão morando há mais tempo isso é num outro nível, assim. Mas as mais recentes, ou, que as pessoas tem... são muito delirantes, muito persecutórias, e vivenciaram muitas perdas, elas contam: - 'Ah, já perdi muito, já perdi muito anel..' Daí ela tem mil..., tem vários anéis, tem vários tecidos, e tem que ter esse direito de ter, não vou querer agora que seja tudo diferente porque saiu do hospital, né. O que é mais amedrontador para eles, né, - 'Além de sair desse lugar que eu tinha confiança eu vou ter que mudar tudo na minha vida?'. Isso se dá com o tempo e... e as mudanças acontecem...o que não tem que ter é... fazê-los de objeto e as práticas tutelares manicomialis... Então, respeitando como pessoa e os direitos, pode viver do jeito que eles quiserem viver. (Depoimento de Sandrina Kelen Indiani, ex-funcionária, pág. 21 e 22)



José Marques varre quintal da casa onde mora, 2004- acervo do autor

Em algumas residências os próprios moradores ajudam nos cuidados com a casa. As atividades de rotina como lavar, cozinhar, varrer, vão aos poucos sendo reconstruídas para essa população, que durante muitos anos de suas vidas foi privada de um lar, de geladeira, de armários, televisão, etc...

“(...) eu faço faxina aqui de manhã, a qualquer hora do dia eu dou uma limpadinha para não pisar em sujeira, em comida.(...) cada um tem uma atividade”. (Depoimento de Carlos Alberto da Silva Duarte, usuário, pág. 3)

“Aqui, cada qual faz um servicinho. Essa daqui lava louça, a outra faz comida, o outro limpa o mictório, essas coisas assim. Quando a outra cozinheira não está. Cada um faz uma coisa. Era como fazia lá no Cândido, lá também era assim”. (Depoimento de José Marques, usuário, pág. 2)

“Tem uma tabela ali na parede para fazer os serviços (...) Só que não funciona. (...) A maioria da comida eu que faço”. (Luiz Antônio Businaro, usuário, pág. 3)

“(...) tem o individual de cada um, né, então cada um elabora a saída do hospital e a ida para uma casa de um jeito. Então tem pessoas que entram em crise, tem pessoas que não querem, tem pessoas que querem, cada um tem um processo. Mas o que eu percebo, Régis, que... quem tem que fazer acontecer, fazer com que essas pessoas readquiram seus direitos somos nós, trabalhadores, porque são pessoas que foram muito oprimidas. Então, se eu... eu acompanhei, depois, a implementação de quase todas as moradias que hoje existem, direta ou indiretamente. Então, diretamente, pelas pessoas que eu acompanhava os... moradores, que depois também eu fui compor a equipe de moradores, então eu trabalhava na casa mas também acompanhava pessoas que ainda estavam morando no Cândido. Comecei meu curso, né, universitário e daí comecei também me aproximar da equipe. E todos eles, todos, é... tiveram... têm muita dificuldade de reivindicar seus direitos. Isso de dá a partir do momento que agente deixa, que permite, e investe nisso. Se eu pegar dos mais..., tem mais de 100 pessoas assim que direta ou indiretamente eu acompanhei, a minoria sabe reivindicar o que quer, dar limite, né.... a maioria não sabe.

(...) (a vida) envolve ter documento, envolve receber o benefício, que é de direito, de ter a casa, né, de ter um quarto, de ter uma cama, de ter um armário, de... poder ligar e desligar a televisão, comer a hora que quer, o quê quer comer, escolher... porque durante, por eu ter

morado e depois acompanhei algumas casas assim mais próximo e as pessoas que passaram por essa casa que eu acompanho desde que eu entrei, no início, eles não... (pausa), tanto dos que aceitam ir para a moradia ou aqueles que você tem que investir para querer ir, a hora que chega na casa, faz tanto tempo que eles não tem uma casa que é difícil para eles se apropriarem. Então, eles não... é... não se apropriam, a apropriação se dá a partir de nós, trabalhadores, né, com coisas mínimas: pedir licença para entrar na casa, é..., para mexer nas coisas deles, para usar o telefone da casa deles, é... (pausa) somos nós trabalhadores que aos poucos vamos mudando. Porque tem a insegurança da mudança, né, quem que vai cuidar... Por pior que seja o hospital psiquiátrico é segurança que eles tem, porque não viveram, a maioria, não viveu só no Cândido Ferreira. Se você olhar na história você (tem pacientes que passaram) por Americana, pelo Juqueri, Pinel, Piritu, milhares de lugares. Então, moravam no Cândido, que era ali, né..., então tem uma segurança. Tem a própria doença, né, a própria Esquizofrenia, tem uns sintomas de doenças que é a pragmatismo, né, que isso contribui para que a pessoa queira ficar ali, mesmo não sendo respeitados seus direitos, sua vida, enfim, tem a questão da doença que faz isso... tem a comida, tem o remédio na hora certa, tem quem lave a roupa, não tem que se preocupar com isso... é uma segurança para elas. Então, quando você fala do hospital você tenta falar: - 'Olha, mas aqui é muito ruim', não é muito ruim... Quando elas vão para casa que elas vão percebendo assim... com o tempo, né... que pode ser diferente, que é direito... e daí tem várias complicações... o aluguel, quem paga..., é o Cândido, nós somos trabalhadores do Cândido... Tem uma coisa assim... que é muito delicada, mas.. aproxima... é... aproximação que tem dessa clientela com funcionários da área meio do Cândido, então: auxiliares de limpeza, alguns auxiliares de enfermagem, pessoas da manutenção (...) o social nosso (do Brasil) é muito ruim, a gente vive no meio de muita pobreza, não é só o hospício que tem pobreza... Pobreza de tudo, não só financeira, de relação, de tudo. Então é muito próximo. E quando essas pessoas vão trabalhar na moradia, estar ali, no cotidiano com essas pessoas, e... falas que eu ouvi durante esse tempo em que

estou no Cândido “Ah, eu queria ser louco para ter uma casa bonita como essa”. Então, num primeiro momento tem um impacto, você quer voar no pescoço, né, da pessoa... e lembro que na época eu falei: - ‘Ah, você queria ter morado no hospício 30 anos?’.

E num primeiro momento essas falas assim... me incomodavam. Depois, também, com o tempo, tudo..., assim eu acho que minha trajetória no Cândido Ferreira é um rico aprendizado. Depois eu fui me tocar, né..., como que é para essas pessoas, que ganham sei lá quanto, um auxiliar de limpeza que está lá no dia-a-dia, que ganha, no máximo, R\$ 450,00 (Quatrocentos e cinqüenta reais), né, verem essas pessoas, então, é... eu aprendi a ouvir de uma outra forma, né, não... achar que não tem aquela crítica. Então envolve... a gente não saber respeitar as pessoas mesmo, infelizmente, na saúde, você tem que estar o tempo inteiro lembrando qual é o seu papel, o cuidado daquela pessoa não ser um objeto, que você está ali para o tratamento mas que ali tem um sujeito, tem uma pessoa. Nem vou falar em sujeito se não você confunde com a psicanálise, mas ali tem uma pessoa. E com o tempo, Régis, eles vão se apropriando, né..., mas se não tem alguém que estimule, né, e é um trabalho que vai... a longo prazo. Então, eu acompanho, por exemplo, a Dona Benedita Inácio há nove anos. Hoje eu estava na casa dela, não... não foi ainda a minha despedida mas estava tomando um café com o grupo. E ela é muito mãezona, muito cuidadora, e daí eu vendo ela servir as pessoas, tem uma moradora que é a Alaíde, que ela não mexe nas coisas de comer, ela não abre geladeira, ela não pega nada porque ela tem um delírio que as pessoas vão achar que ela está roubando as coisas. Então, por mais que eu fale “Alaíde é sua casa, você vai pegar, você pode, assim, já entra... via delírio assim, que ela não pode. Então, é a Benedita que serve ela, assim, almoço, janta, café, desde por o café com leite na xícara até passar manteiga no pão. E daí eu faço um trabalho com a Benedita desse cuidado dela não fazer tudo na casa, até porque isso é uma defesa dela, assim, tem a ver com a história dela ela querer fazer tudo. E ela está com 71 anos. E... daí, com a história da minha saída é... juntou assim... que é muito difícil, porque a gente tem... acompanho ela há

muito tempo...". (Depoimento de Sandrina Kelen Indiani, ex-funcionária, pág. 5, 6 e 7)



José Marques (ao centro) comemora seu aniversário com mesa farta e muitos convidados, 2003 – acervo pessoal

O que para as pessoas que não passaram por tantas privações do manicômio parece ser uma coisa normal, ou natural, para os moradores do antigo hospício, que passaram anos privados de uma vida em sociedade, tem sabor de grande novidade, de descoberta ou redescoberta.

(...) quando ela (a Melo) foi para a moradia, então a primeira noite dela eu fiquei na casa até mais tarde, jantei com eles e ia embora. E já estava anoitecendo e, nessa casa que eles moravam tinha uma varanda alta e ela estava na varanda, eu fiquei do lado dela, perguntei se estava tudo bem, se... e daí ela olhou e falou assim: - 'A Lua! Eu nunca mais vi a Lua!' Aquilo, para mim..., como que alguém fica deslumbrado de ver a Lua? Não porque a Lua estava bonita, mas porque muitos anos ficou sem ver a Lua. Daí eu fiquei lembrando como que era a Melo, no Cândido Ferreira, porque lá tinha a rotina de jantar, não lembro o horário

exato, mas, no máximo até seis horas (18:00h) e as pessoas se recolhem para as alas, não fica circulando. E de fato eu acredito que ela não tenha visto a Lua mesmo, há muito tempo. Porque acaba de jantar, ainda está tardezinha, vai para dentro do quarto, não sai mais, dorme cedo, tem aquela rotina que fica impregnada, né, por um tempo...”.
(Depoimento de Sandrina Kelen Indiani, ex-funcionária, pág. 21)



O funcionário Luiz Gasparin em visita aos usuários Mário e Lídio, no ano de 2003 – acervo José Marques

A rede social dos moradores dessas casas tem que, aos poucos, ir sendo reconstruída. Afazeres do dia-a-dia como pegar um ônibus, ir até à igreja, ou comprar no comércio local são reaprendidos pelos idosos.

“Agora eu estou recebendo (Benefício de Ação Continuada do Instituto Nacional do Serviço Social). Primeiro, eu não recebia. Essa roupa que eu tinha, primeiro, é tudo ganhado também, porque eu não recebia dinheiro não. (...) Esse mês eu comprei roupa e fiz a festa, o churrasco. E agora eu vou fazer outra coisa, vou comprar uma máquina para lavar roupa. Vamos juntar um pouco cada um e nós vamos ver se nós compramos uma máquina de lavar roupa, uma melhor, porque essa

máquina que tem aí, não lava roupa direito, muito direito não. Nós temos que lavar na mão. A Márcia (funcionária) sabe o lugar que tem, porque a Benedita (usuária moradora de casa vizinha) tem essa máquina. E eu acho que a semana que vem vai ela e o Chico (colega de moradia) lá, porque eu não conheço esse negócio de máquina, não, e ela com o Chico sabem. E essa mocinha que estava querendo ir junto comigo lá ver isso falou que nós vamos ver isso daí do raio-x , na terça-feira, e semana que vem vai ela, a Márcia, e o Chico verem a máquina, e vai pagando de pouco em pouco. O dinheiro já está lá no CAPS, eu já mandei para ir adiantando de pouquinho em pouquinho, que nem fez com esse sofá também, quando foi trocar”. (Depoimento de José Marques, usuário, pág. 6)

“Às vezes, eu vou lá no centro de Sousas um pouco ficar com a Cristina (usuária do Cândido com quem morou durante muito tempo). (...) Ela chama eu: - ‘Vamos passear em Sousas Maria José?’ Eu falei: - ‘Vamos. Mas agora não dá para ir em Sousas, porque agora eu estou indo de perua. O motorista me leva e me traz outra vez’.

(...) Saio na rua um pouco, eu e a Cida (colega de moradia). O Márcio disse para Sandra soltar nós: - ‘Não foi Sandra?’ Para nós sair um pouco na rua, mas também nós vamos até aquela igreja ali e volta. (...) Só passear, porque a gente é católica e eles são crentes. Eu acho que se eu entrar numa igreja crente assim, vão ficar bravos comigo. Então eu nem entro na igreja. Eu passo assim chego perto da porta da igreja, depois eu volto para trás, eu e a Cida.

(...) (compras) Eu vou fazer. Tem a caderneta de comprar as coisas aqui, pra marcar o que compra. Eu e a Cida, quando o Luís (colega de moradia) não vai, porque o Luís vai para escola (Centro Cultural Cândido-FUMEC), daí vai eu e a Cida no mercado. Nós vamos no mercado, compra as coisa que a Sandra pede, compra as coisa que a Érica (funcionária) pede, e pronto. (...) Eu gosto de comprar de tudo. (...) De tudo que eles pedem para comprar, eu vou de bom coração. Chego lá falo para o Fábio, que é dono do mercado: - ‘Fábio, a Sandra

mandou comprar tal coisa, assim, assim'. Ele fala: - 'Está bom'. Aí ele me atende, me entrega as coisas que eu peço, e eu entrego a caderneta para ele marcar as coisas que eu comprei. Eu e Cida vamos no mercado juntas: - 'Não é Sandra?' Nós vamos sim". (Depoimento de Maria José de Oliveira, usuária, pág. 2 e 3)

"O que eu faço? (com o dinheiro) Eu compro roupa, olha a roupa que eu comprei, roupa nova. As velhas, eu dei para os pobres. Então, eu estou engordando (...) eu não posso namorar, eu não posso ter filhos. Passou de quarenta anos, eu não posso ter filhos mais". (Depoimento de Marlene Diniz, usuária, pág. 2)

A relação com os vizinhos é um momento delicado e deve ser muito construída também aos poucos, para que eles percebam e convivam em paz com os novos vizinhos. Um trabalho de orientação se faz fundamental no momento da mudança e nas situações de conflito.

"(...) no início dessa casa, que eu morava junto, no início assim era trancado, a chave ficava comigo... Então, nós fomos ousando juntos, os moradores e eu, porque eu também tinha medo deles saírem sozinhos, de se perderem, então quando eles já estavam sozinhos, eu morava, mas aí eles abriam e saíam da casa. Tinha uma moradora que tinha café na casa, ela tomava a hora que quisesse, mas ela ia pedir café nos vizinhos. Não era pelo café, não é porque não tinha o café em casa, ela saía, ia circular e pedia o café. E para ela eles conseguiam dizer não. E daí tinha o Godoy que também, às vezes, ia pedir café. E daí tinha, dizia não para a Maria José e não conseguia dizer não para o Godoy. E daí um dia, conversando com uma vizinha, ela falou assim: "Ai, eu tenho muito medo dele. Então eu não sei, se eu disser que não, o que ele pode fazer". Daí eu falei, nossa, que situação, né, eu... Porque a gente é acostumado, né, na mídia..., dizendo isso, de anos atrás. Ainda

é assim. Mas, na mídia, é..., no nosso dia-a-dia, em tudo, né, na sociedade, que louco tem que ficar no hospício e longe; de repente, você tem, do lado da sua casa, ex-moradores de instituição psiquiátrica você não sabe mesmo como..., “Será que se eu disser não ele vai me bater?”. Ela tinha medo ou dele ficar magoado ou dele ficar agressivo, ia para os dois extremos. Então eu percebi que você tem que estar junto, que explicar, que contar o quê que é o transtorno psíquico, que contar porque que tinha o manicômio naquela época, porque que está mudando, o quê que implica isso na vida daquelas pessoas. Uma coisa que ajudou muito assim que..., é..., acho que intuitivamente eu fui fazendo muitas parcerias na comunidade, muitas. É..., na inauguração, o padre foi e benzeu a casa, no domingo, a inauguração foi num dia da semana, não me lembro o dia da semana, mas, no domingo, eles todos quiseram ir na missa, então eu fui junto, eu e nove, na missa. Inexperiente, eu não fiquei indagando, assim, “Você quer mesmo ir na missa?” Todo mundo queria ir, fomos. No meio da missa, na hora que está lá, no silêncio, o Tadeu começa a gritar palavrões, né, “Vai tomar no tu!”, “Caralho!”, gritar. E eu tive que voltar com ele para a moradia e ficaram os oito. E daí o grupo de jovens da igreja levou eles. Nesse dia, a Dalva se perdeu, e eu fiquei muito nervosa, falei, “Nossa, vou ser demitida, né, nem uma semana..., duas semanas de trabalho, uma pessoa some. Todo mundo, vizinhos, o padre pegou o carro, foram circular, acharam a Dalva perdida, né, estava andando, procurando a casa. E daí, esse grupo de jovens começou a ligar da igreja, que..., eu tomava cuidado de sempre perguntar para os moradores se queriam, esse respeito, né, que era a casa deles, mas eles adoravam, né. Então, eles começaram a freqüentar, e daí a gente começou a fazer eventos, ou de comemoração de aniversário, Natal, né, ou assim “Ah, sábado vamos fazer pizza?”, e daí chamava os vizinhos. Então..., a festa junina ficou muito famosa, porque fechava a rua e fazia a festa junina, aniversário, Natal, e daí você tem que também cuidar do que a comunidade pode oferecer. Porque eu não podia esperar que eles oferecessem o saber na psiquiatria. Então eu esperava que eles fossem na casa e convivessem, né. Até, a dona Benedita Inácio, ela tem muitas

fotos dessa época, assim, fotos de Natal, os vizinhos se reuniam, cada um levava um prato, agente também fazia coisas, e essa aproximação foi desmistificando, né. Lógico que tem preconceito, não vou dizer que isso garante, mas ajuda, né, essa aproximação, é... (pausa), circular pelo bairro, assim, como eu morava, então eu também fui fazendo vínculos ali. Eu também morava, e, depois, que eu não morava mais na moradia, eu morei num bairro por muito tempo. E... essa casa, não tenho muitas notícias das outras casas, mas é uma casa que tem uma inserção na comunidade muito grande, do tipo da dona Benedita emprestar dinheiro do padre e da secretária lá da igreja. Quando acaba as coisas dela ela vai, empresta e paga no final do mês, ela tem conta em tudo quanto é lugar. È... ela é católica, então, quando tem reza de terços em casas de vizinhos ela é convidada, ela é respeitada, eu sinto que tem um respeito. Quando alguém desrespeita isso é um problema e não é resolvido só pelos trabalhadores". (Depoimento de Sandrina Kelen Indiani, ex-funcionária, pág. 9, 10 e 11)

"Tenho (amizade na vizinhança) . A Geni é boa. (...) (os vizinhos) Vêm passear aqui. (...) (a senhora vai na casa deles?) Não. (Nunca foi na casa de ninguém?) Nunca. Uma vez eu fui. (...) Teve festa lá na rua (onde mora). (Vocês participaram?) Não.

(...) Pararam de jogar (pedra), porque já estão assim já (indicando com a mão que cresceram). (...) E aí parou de jogar". (Depoimento de Maria Darcie Tucci, usuária, pág. 3)

"É, eu tenho amizade com todo mundo, com todos eles aí (vizinhos). Nesses dias que eu fiz uma festa, eles gostaram. (...) Fiz um churrasquinho para a turma. (...) Chamei, mas não gostei muito do doutor Willians (superintendente do Cândido Ferreira, de 1991 a 2004) não vir. Eu convidei, mandei um convite para ele, mas ele não veio não. Mas o Luiz (funcionário) veio, o Luiz Gasparin veio. Ele veio. Mas era para ter mandado até para outros... Da outra vez que eu fizer, eu vou

mandar um convite para o senhor vir também. Eu quero que o senhor venha. Porque eu vou fazer outra festa logo.

(...) tem muitos vizinhos que a gente já está acostumado. E eles não querem que a gente saia daqui, não. Já falaram que não querem que a gente saia daqui, não, tem muitos vizinhos que já falaram isso daí.

(...) Tenho sim (boa vizinhança) , aí para cima, aí para baixo. (...) precisava ver esse churrasco como que encheu de gente aqui. Depois do almoço, veio a turma quase toda. Se não vinham, mandavam avisar porque estavam demorando, demorando e vinham. Depois, nós vamos lá no quarto, e eu vou mostrar os presentes que eu ganhei dessa turma". (Depoimento de José Marques, usuário, pág. 2 e 6)

"Os vizinhos cumprimentam a gente, é legal. Tem um aí que não cumprimenta, mas esse deixa para lá. (...) Tem (preconceito). (...) Falar não, mas a gente nota no olhar, na maneira dos caras com as pessoas. (...) Eu não sei se é medo, o que é. Eles olham na cara da gente e não cumprimenta. Faz assim com que não existe. Tem que deixar para lá, deixa para lá". (Depoimento de Luiz Antônio Businaro, usuário, pág. 4 e 5)

Apesar dos usuários do Cândido Ferreira serem uns dos moradores mais antigos de Sousas, por terem chegado no distrito desde 1924, ainda sofrem preconceito advindo de uma parcela dos moradores. Por outro lado deve-se ressaltar que a comunidade de Sousas tem tido uma participação efetiva na reforma psiquiátrica implementada na instituição. Muitas moradias assistidas se localizam no distrito, os usuários participam do comércio local, circulam pelas ruas, e oferecem uma casa escola, aberta à participação da comunidade. Além disso, o Cândido Ferreira é um dos grandes empregadores de Sousas, absorvendo grande parte da mão-de-obra da comunidade local.

“Quando eu cheguei em Sousas, eu ouvia, sim, falar do Cândido. Mas eu ouvia falar de uma coisa que parecia um mistério. Sabia que existia, sabia que pessoas trabalhavam no Cândido, mas você não sabia nada a respeito. Eu sabia que lá tinham porcos, porque eu tinha uma vizinha que, de vez em quando, ia comer pernil, leitoa, na casa de uma pessoa que trabalhava aos domingos. Então, ela levava do Cândido. Não sei como, mas ela falava aquilo de uma maneira que eu achava curioso. Mas só que eu não conhecia ninguém daqui ainda. E tinha também uma pessoa que eu sabia que trabalhava no Cândido. E aquela senhora que trabalhava aqui, eu achava interessante porque só ela trabalhava na casa dela. Ela tinha dois filhos e o marido, e ninguém mais trabalhava. Então, eu pensava: Bem, então dá algum resultado, porque ela mantém a família. Aí, um dia, apareceu na minha casa uma senhora que queria fazer faxina, porque o marido tinha ido embora, e ela dizia que precisava trabalhar. Eu falei assim: - ‘Por que a senhora não vai no Cândido Ferreira? Aquela senhora tem trabalho, e ela ganha, vai lá você também e procura emprego’. E ela veio, e conseguiu. A Maria, que trabalhou onde faz limpeza, depois foi enfermeira. Depois tem a Luciana, que é filha dela, a Mara. Todo mundo trabalha aí, quer dizer as duas filhas. E tem filho que faz tratamento. Mas era uma coisa assim... Eu nem sabia direito o que era o Cândido. Que tipo de tratamento, o que era feito lá. E também nem tive curiosidade de saber. Para mim, era uma coisa que existia, eu não sabia de nada. Você não via ninguém, porque ninguém saía.

(...) Eu acho que eles vêm reforma psiquiátrica, mas contanto que as pessoas não circulassem por Sousas. Eu acho que eles criariam uma linguagem diferente para falar dessa reforma psiquiátrica e para fazer essa reforma psiquiátrica. Seria uma reforma de faz de conta. Porque existe muito isso de faz de conta nas famílias, na escola. O faz de conta existe em todos os lugares que você esteja presente. (...) Hipocrisia. Na forma é uma coisa, na prática é outra.

(...) Esse comércio (onde os usuários compram), quem são os comerciantes? (...) São comerciantes daqui, ou são comerciantes que vieram e se instalaram aqui? (...) É, porque o comerciante tem mais

facilidade, porque tem o interesse, e ele teve a oportunidade de conhecer. Por isso que quando chega a época de Carnaval, e que eu participo de algumas reuniões, às vezes eu proponho: - 'Convida fulana, convida a banda da escola de samba daqui para participar. Vamos pedir o trezinho para o Daniel (morador de Sousas)'. (...) vamos convidar pessoas daqui, para que as pessoas conheçam, porque a comunidade precisa conhecer melhor, conhecer de verdade o trabalho que é feito. E ela precisa ser convidada para ela poder fazer seu conceito, ter o conceito preciso, para ver o trabalho efetivo que é realizado aí. E o comerciante tem essa oportunidade, porque ele vê o usuário participando, usando de seus direitos de cidadão, exercendo a sua cidadania ali. Então, o comerciante tem a prova. Ali está a prova concreta do trabalho do Cândido. E o resto da comunidade talvez esteja cego quanto a isso.

(...) Motivo de vergonha (do Cândido Ferreira) , eu acho que não. Mas eu nunca vi essas pessoas que eu sei que são as mesmas pessoas que se opuseram, que se opõem, porque é um grupo que não tem coragem de dizer publicamente esse preconceito. Eles comentam nos grupos, comentam perto da gente, que eles acham que pode participar dos dois lugares, de lá e da comunidade ao mesmo tempo, mas é um grupo que não tem coragem de expressar isso daí. Esse grupo, eu nunca ouvi gente daí comentando de algum programa, de alguma coisa assim. Outro dia na escola, por exemplo, eu ouvi um professor comentando sobre os oitenta anos do Cândido Ferreira. Então, ele pegava aquele jornal e mostrava para muita gente. Aí, ele chegou assim para mim e disse: Maria, você já viu aqui, você participar? Olha aqui! Então, eu peguei o jornal, quer dizer, eu fiquei com o jornal para mim. Mas ninguém respondeu, ninguém falou nada a respeito. Saiu na Folha e no Correio, no primeiro caderno, na última página. Mas ninguém comenta. O que tem de bom, ninguém comenta. Agora se tiver uma coisinha ruim, não tenha dúvidas, eles consideram... O Cândido não pode errar. Quer dizer, o Cândido não pode deixar uma pessoa ter crise em praça pública, porque pode acontecer comigo, eu posso ter uma crise em qualquer lugar, mas os usuários do Cândido não podem fazer

isso em Sousas. Eu sei de um caso de uma pessoa que recolheu uma usuária que estava lá na praça, e porque ela estava sentada e que aparecia partes íntimas, então, essa pessoa pegou, trouxe e soltou aí na porta do Cândido. A pessoa não teve a decência de trazer e conversar, e entregar para alguém. Se achou que aquilo estava em desacordo com a sociedade, se era um comportamento anti-social. (Maria Alves Cordeiro, vizinha da instituição, pág. 1, 5, 6 e 7)



Da direita para a esquerda, Benê, Joaquim Pedro e funcionária participam de coquetel de exposição de arte do Espaço 8 Atelier, no ano de 1998 – acervo do Cândido Ferreira

A ressocialização das pessoas somente torna-se possível a partir do momento que estão no meio da sociedade. E a sociedade tem suas tramas e conflitos tantos, nos quais este usuário, que até então estava afastado, e porque não dizer “protegido”, passa a ter contato e participar efetivamente, na medida dos seus interesses e capacidades.

“Eu fiquei sete anos internado aí (Cândido Ferreira), morando internado. Eu não tinha lugar para ficar. Eu fiquei sete anos aí. (...) A primeira moradia foi quando morava eu, a Edna, o Agnelo, o Natalino, o Godoi. A primeira moradia dali, você lembra dela. Aquela casa da linha,

lá em cima, na casa do seu Lucas (proprietário da casa)? Lá foi a primeira moradia, a primeira casa que a gente ficou. (...) Depois disso, eu trabalho há quatro anos no papel. Eu tentei fugir para São Paulo, me danei. Aí, voltei para trás. (...) Era uma operação que eu tinha que fazer no dedo e no pé. Apesar de eu não conseguir a operação no dedo e no pé, eu não consegui, não. (...) só que agora eu estou fazendo um tratamento na Unicamp. Eu vou operar em setembro a mão, e depois o meu pé. Graças a Deus. Tomara que dê tudo certo. (...) (Em São Paulo) Fui para os albergues, dormi na rua, passei o maior sufoco. (...) Eu que quis, eu que quis (ir). (...) Para fazer a operação no dedo e no pé, se eu conseguia. Porque em São Paulo tem o hospital das clínicas, tem hospitais enormes lá. Mas eu não consegui, não. Aí, eu voltei, e estou tratando lá na Unicamp. Quem sabe vai dar certo agora? (...) Fui eu que quis. Foi vontade minha. (...) aí eu consegui (voltar), graças a Deus. Mas eu tenho que pôr a cabeça no lugar, para não tornar a cair noutra dessas". (Depoimento de Luiz Antônio Businaro, usuário, pág. 4)

"À noite a gente não sai de casa, porque à noite está meio perigoso agora. A noite está perigosa, não está assim aquela noite que você podia sair tranqüilo. Sempre a gente encontra um cara, ele fica olhando para sua cara e a carteira... quer roubar. À noite não é muito bom sair. Apesar de que já sai muito de noite quando eu era moço, mas agora não é muito bom ficar à noite fora. (...) À noite eu quase não saio. (...) Ah, o lazer é de domingo, eu vou numa missa. Vou na catedral assisto uma missa. (...) Eu sou católico, assisto uma missa, pego a comunhão. Domingo que vem eu para Aparecida do Norte, domingo agora. (...) Excursão, lá da igreja de Campinas. Eu tenho fé em muitos santos. Agora, quem não tem... Eu não julgo o cara que não tem fé, mas eu tenho. Então, eu estou na minha e vou levando. Cada um tem a sua religião. – 'Ah, você é crente tem que ir na católica' - não. Vai quem quer. Se ele quer seguir a crente vai, se ele quer seguir outra, tem que ter uma religião. (Depoimento de Luiz Antônio Businaro, usuário, pág. 6)

“(...) e assim como tem direitos, tem deveres, né. E tem que mostrar os deveres porque... se não, a psicose já é um... já não tem a lei, né, e daí você continua tutelando, né, tudo pode, tudo pode, não, né, tem regras... é..., aqui fora tem ladrão, tem que trancar o portão, né, tem riscos... Mas o que é bonito, né, que eu acho que é possível saber que apesar de todos os riscos que tem, você vê que é possível. Eu nunca pensei nos riscos, lógico que assim, eu sei da existência deles, mas nunca os riscos paralisaram assim: - ‘Ah, tem risco de abrir a porta para o ladrão, vamos voltar todo mundo lá para o hospício’, mas, é... fazer dos riscos, assim, a vida. (...) Então é assumir os riscos juntos e saber que eles existem, é... tem risco sim, como tem para mim, como tem para você, não é porque morou anos numa instituição e tem... uma doença mental que vai ter mais riscos, os riscos são os mesmos, só que nós temos habilidades que eles... é... têm de um outro jeito assim, ou não tem habilidade ou porque perdeu, devido à institucionalização, ou até pela doença não tem algumas habilidades e que você está ali para reabilitar, mas não que você vai evitar os riscos, porque nem numa UTI você evita uma morte, né”. (Sandrina Kelen Indiani, ex-funcionária, pág. 19 e 20)

A interação dos idosos do Cândido Ferreira com a comunidade desperta, entre tantas reações, o preconceito. Estes dois casos vivenciados pela Sra. Benedita, presente no depoimento de Sandrina Kelen Indiani, ilustram bem algumas situações enfrentadas no dia-a-dia.

“(...) lembro da Elza (usuária), uma vez, eu com ela no ponto de ônibus, daí uma vizinha perguntou para mim: - ‘Ah, ela mora lá naquela casa?’, daí a Elza falou: - ‘Eu tenho nome, viu? Eu chamo Elza’. A pessoa ficou super sem graça e falou: - ‘Ah, Elza, você mora lá naquela casa?’, né. É... esse exemplo, para mim, é vivo assim... porque é anular que existe a pessoa, né, perguntar para mim... Isso aconteceu várias vezes, de eu ir em loja, abrir crediário, de estar acompanhando, e daí as

peças falarem comigo. As vezes, quando a pessoa não tinha condição de falar por ela mesma eu falava: - 'Olha, é ela quem está comprando eu só estou aqui ajudando'. Agora, quem já tinha essa autonomia reivindicava por ser atendido. (...) ontem eu fui com a Benedita, com o Mário e o Carlos (usuários) comprar um fogão, nas Casas Bahia. E daí foi a maior burocracia, a gente quase desistiu de comprar, mas já tinha dado a entrada. E por ela ser aposentada (a Benedita), o valor da aposentadoria... não era aprovado o cadastro porque o fogão estava setecentos e sessenta e cinco (reais), e daí eles deram uma entrada de Duzentos e cinquenta, assim, para conseguir comprar. Daí eles escolheram o fogão, e..., na hora do crediário, que já tinha pago a entrada, demorou, a mulher queria mil telefones, telefonou no CAPS para confirmar se eu trabalhava, telefonou no Cândido, enfim, daí eu falei: - 'Benedita...' - ela viu que estava demorando, ela falou: 'Ah, eu não vou conseguir comprar o fogão, e agora?' Eu falei: - 'Olha, mas não tem só essa loja, tem outras, e você tem crediário em outras lojas e pode abrir. - 'Vamos embora, então? Vamos lá falar que a gente...' - deram um chá de cadeira na gente. Daí eu perguntei para a mulher que estava nos atendendo: - 'Se fosse uma senhora, aposentada, da mesma idade dela, que viesse sozinha...' - porque o que deu bolo foi que tinha que apresentar uma conta, né. E as contas da moradia estão no nome do Cândido Ferreira, então Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, a hora que ela viu isso ela não queria vender mais, porque já tinha dado uma entrada, um valor grande de entrada, ela já tinha comprado nas Casas Bahia a uns anos atrás, tudo aprovou. A hora que viu na conta telefônica, infelizmente, assim, todas as contas telefônicas, como é o Cândido que paga... Daí eu tive que explicar que eu era acompanhante... - 'O quê que você é dela? Você é parente?' (vendedora) - 'Não, eu sou acompanhante' (Sandrina). E daí para você explicar, e eu fui vendo assim que... a gente estava sendo tão humilhado de ter que contar o percurso numa loja. Daí ela (vendedora) falou: - 'Tem telefone de algum familiar?' - daí a Benedita falou: 'Não, minha família é de Minas, é de Joanópolis, e eu não tenho contato'. E eu perguntei: - 'Se fosse uma senhora, aposentada, com a idade dela e com o salário dela,

vocês iam ligar para todos esses lugares?’ Ela: - ‘Não, a gente vende, mas a gente até avisa’, daí ela começou dar desculpa: - ‘A gente até avisa a família porque, às vezes, é idoso, daí chega o móvel tem alguma coisa estragada...’ Eu falei: - ‘Não, você não está entendendo: o fogão nem chegou na casa ainda, não sei como vai chegar esse fogão, se vai chegar com defeito ou sem defeito. Estou falando aqui, para aprovar, essa burocracia é por conta dela ter sido ex-paciente do Cândido Ferreira?’ - Não, de jeito nenhum, eu já liguei lá, já confirmaram que você trabalha lá há muitos anos, até a pessoa da recepção que atendeu perguntou: - ‘Quem está com a Benedita? É a Sandrina, né? Então já sabem que você cuida...’ Daí eu falei assim: - ‘Olha, eu estou me sentindo mal aqui, estou achando que é por conta dela ter morado nesse lugar. Então, a gente quer o dinheiro de volta, a gente vai comprar num outro lugar’. E a Benedita, assim, muito ansiosa, porque, para ela, assim, comprar o fogão em três moradores, eles se reuniram, cada um vai pagar um tanto da prestação. E daí a vendedora viu que ia perder mesmo o cliente, eu falei alto, daí nisso... não... escandalosamente, mas... as pessoas que estavam perto ouviram. Aprovou rapidamente..., e eu só não mudei, assim, até pela Benedita, porque já era 1 hora da tarde, ela sem almoço, queria comprar o fogão naquele dia... Daí eu deixei registrado: - ‘Olha, eu estou aqui de acompanhante dela, ela tem o benefício dela, ela tem os documentos todos que vocês pediram’, então, é... ainda acontece assim... e daí por duas coisas: - ‘por ela ser idosa e por ela ter... é... problemas mentais, né, ter passado por uma instituição. E por ser idosa, achei até engraçado a hora que ela falou, que quando é alguém idoso, que eles ligam para alguém da família, né, para ver se... – ‘Ó, está aqui comprando uma televisão de tantos reais’, para alguém da família estar ciente, então, como se idoso e portador de sofrimento mental fosse incapaz, né, de escolher, de optar. Até que ela foi perguntando os dados todos para a Benedita, assim, a Benedita foi respondendo tudo, foi dando..., ela só não lembrava o número dos telefones, né. Ela falou: - ‘Ai, liga no CAPS’, ela não lembrava o número do telefone, mas... ela que foi respondendo.

(...) *Eu não faço críticas de se ter o preconceito, eu sou super contra o preconceito, assim, quando acontece alguma coisa me irrita, é..., tem o primeiro momento que você tem vontade de brigar, de você fica... mal, e por outro lado, somos educadores, Régis, porque, eu lembro, uma situação assim que eu vi que não adiantava enfrentar, tinha que educar. Na época, assim, no início dessa casa, que eu morava junto, no início assim era trancado, a chave ficava comigo... Então, nós fomos ousando juntos, os moradores e eu, porque eu também tinha medo deles saírem sozinhos, de se perderem, então quando eles já estavam sozinhos, eu morava, mas aí eles abriam e saíam da casa. Tinha uma moradora que tinha café na casa, ela tomava a hora que quisesse, mas ela ia pedir café nos vizinhos. Não era pelo café, não é porque não tinha o café em casa, ela saía, ia circular e pedia o café. E para ela eles conseguiam dizer não. E daí tinha o Godoi que também, às vezes, ia pedir café. E daí tinha, dizia não para a Maria José e não conseguia dizer não para o Godoi. E daí um dia, conversando com uma vizinha, ela falou assim: - 'Ai, eu tenho muito medo dele. Então eu não sei, se eu disser que não, o que ele pode fazer'. Daí eu falei, nossa, que situação, né, eu... Porque a gente é acostumado, né, na mídia..., dizendo isso, de anos atrás. Ainda é assim. Mas, na mídia, é..., no nosso dia-a-dia, em tudo, né, na sociedade, que louco tem que ficar no hospício e longe; de repente, você tem, do lado da sua casa, ex-moradores de instituição psiquiátrica você não sabe mesmo como... – 'Será que se eu disser não ele vai me bater?'. Ela tinha medo ou dele ficar magoado ou dele ficar agressivo, ia para os dois extremos. Então eu percebi que você tem que estar junto, que explicar, que contar o quê que é o transtorno psíquico, que contar porque que tinha o manicômio naquela época, porque que está mudando, o que implica isso na vida daquelas pessoas. Uma coisa que ajudou muito assim que..., é..., acho que intuitivamente eu fui fazendo muitas parcerias na comunidade, muitas". (Depoimento de Sandrina Kelen Indiani, ex-funcionária, pág 8, 9 e 10)*



Dona Benedita prepara uma receita no fogão de sua casa, 2003 – acervo pessoal

Entre os ganhos e as perdas de se mudar para uma moradia assistida, contabilizam-se maiores ganhos, mesmo com aqueles que não conseguem demonstrar tanta interatividade e ressocialização. Pequenos gestos são notados, por exemplo, nas moradias de alta complexidade. Uma usuária que, quando se encontrava no Núcleo Clínico, vivia deitada numa cama, alimentada por sonda e gemendo ininterruptamente, depois de se mudar para a casa, deixou de gemer, passa boa parte do dia sentada, e hoje consegue se alimentar pela boca.

“Aqui é muito melhor, porque não tem nada de nego ficar batendo boca um com o outro. Porque lá é assim. Qualquer, a essa hora mesmo tem já está na briga ali, nego xingando um ao outro. (...) É, tinha muita briga, um discutindo ali com o outro. E eu não gosto disso também, não. Eu acho que depois que mudou, parece que graças a Deus melhorou, A gente ficou mais calmo, não está mais nervoso como estava. Qualquer coisinha a gente estava encrencando, falando palavrão. Eu não gosto de falar palavrão. (...) (na moradia) Ah, fica mais tranqüilo. Aqui, quando eu não quero escutar televisão, eu ligo o meu rádio e ficando escutando novela, ou negócio de jogo, essas coisas. (...) É mais gostoso. Cada um

faz um servicinho. Eu não xingo ninguém". (Depoimento de José Marques, usuário, pág. 2)

"Acompanhar a moradia não é acompanhar a partir do meu pressuposto do morar, eu tenho que... fazer com que essas pessoas, apesar de a maioria delas idosas, reaprender, rememorar o morar de cada uma, porque todas moraram em casa. Então, quando vão para uma casa elas, aos poucos, começam a lembrar da infância, de comidas que faziam, se foi casado ou não, dos filhos, é... quem morava na casa, como adoeceu, como que foi parar num hospital, como que foi perdendo as coisas, perdeu contato, daí mudou de endereço, mudou de hospital... E esse jeito vai contrário ao jeito que... ao meu jeito. Então, é muito comum..., é lógico que no início você entra numa casa e... é uma casa de psicótico, né, é uma casa de pessoas que não tinham uma organização, a psicose já é desorganização. Então é saber que o guarda-roupa vai estar organizado do jeito deles, a casa, a disposição dos móveis, o jeito de preparar a comida, você vai reabilitar para aquilo que você percebe que precisa de uma intervenção porque desaprendeu ou porque não sabe e partir de alguns critérios: "Eu vou educar porque é mais saudável para esse grupo não fazer a comida com um tanto imenso de óleo". Agora a organização dos espaços deles vai ficar do jeito que eles querem, né. Atualmente, que é uma coisa nova, a maioria das casas está tendo a inserção de auxiliares de limpeza. Por que isso? Na minha avaliação, pelo processo de envelhecimento. As casas que eu acompanho a indicação é essa, porque são moradias que existem há um tempo grande, que eles já se apropriaram da casa, que sabem fazer coisa, cada um faz o que quer. É até interessante, você vê um grupo tem um na casa que faz a comida, tem outro que coloca o lixo na rua, tem outro que vai na padaria, tem aquele que não faz nada, enfim, eles já tem lá a rotina do dia-a-dia. Com o envelhecimento, que se dá muito rápido até pela vida que eles tiveram de exclusão, a maioria fumante, sedentário, enfim, a até pela própria idade, eles estão perdendo a autonomia e precisando de maiores cuidados clínicos, orientações,

pensar na casa, se tem rampa. A gente está procurando casa para algumas moradias, então esse cuidado se tem escadas, enfim. (Depoimento de Sandrina Kelen Indiani, usuária, pág. 12 e 13)

Quando ao fato dos idosos preferirem ou não morar nas casas assistidas, os trechos dos depoimentos abaixo demonstram um pouco deste panorama:

“Já faz cinco anos que eu estou aqui na casa, que eu estou acostumado a morar aqui, já faz uns cinco menos... Completando, faz quarenta e seis anos que eu estive no sanatório. Mais cinco... Aí não se conta mais, porque tem a casa nossa. Fiquei lá quarenta e seis anos. (...) E nunca gostei de lá (...) por causa dos tratamentos perigosos, perigoso.

(...) A experiência é normal. Moramos normal, temos uma vida normal. Trabalhamos, passeamos, trabalhamos, passeamos, etc e etc.

(...) Gosto, gosto bastante de morar aqui. (...) Aqui eu posso sair para a comunidade, nesta comunidade, já estamos na comunidade, eu e outros. Eu vou para Campinas, pego o cartão e vou de ônibus, vou para Campinas. Vou para um lugar, vou para outro. Aqui o cartãozinho (de ônibus). (...) aqui é melhor. A liberdade é maior”. (Depoimento de Carlos Alberto da Silva Duarte, usuário, pág. 2 e 4)

“É bom aqui. (...) Ah, eu adorei a casa aqui. (...) (moro há) cinco anos. (...) acho melhor aqui do que ficar no sanatório. Ficar presa lá no sanatório. Ontem, eu falei assim: - ‘Eu quero ir embora para o sanatório’. (...) Eu não estou gostando mais daqui, não. (...) a Cecília (colega de moradia) me perturba minha cabeça. (...) Fala demais. (...) Não estou gostando muito (de morar na casa). (...) Falei para a tia (funcionária)... – ‘A senhora não vai embora daqui não, vai ficar aqui mesmo. O melhor é ficar aqui mesmo’. (...) Eu vou ficar aqui mesmo para a Antônia (colega

de moradia) não sentir falta de mim. (...) (no Cândido é) Um tumulto. (...) Gosto (de morar na casa). (...) (quero morar aqui) Porque eles vão achar falta de mim depois". (Depoimento de Maria Darcie Tucci, usuária, pág 2)

"Agora é uma mordomia, é tudo aberto, não tem nada fechado. Agora a pessoa tem a liberdade de sair, passear. Só quando fica agitado vai para o castigo, mas... porque talvez o cara mereça o castigo. Agora, eu não sei. (ainda tem castigo no Cândido?) Não, não, castigo não tem, não. Tinha, não tem, não. (Quando alguém passa mal) Médica, talvez pode também amarrar na cama. Mas isso é talvez para o pessoal não agredir mais. Tem horas que eles dão murro na porta. (...) isso é para o pessoal não agredir mais, né. Tem hora que dá murro na porta para dá banho, se corta, sei lá". (Depoimento de Luiz Antônio Businaro, usuário, pág. 4)

"O que eu vou fazer? (melhor morar) Aqui (...) Porque aqui não tem choque". (Depoimento de Anita Del Piani, usuária, pág. 2 e 3)

Direitos fundamentais à documentação, como Certidão de Nascimento e Carteira de Identidade, foram conquistados junto ao Poder Público, o que possibilitou o recebimento da "Ação de Benefício Continuada", do Instituto Nacional da Seguridade Social. Com o poder de compra, os idosos passam freqüentar o comércio local e reaprendem o valor do dinheiro, possibilitando novamente o suprimento dos desejos e uma maior autonomia.

"A Organização Panamericana da Saúde usa essas normas, esses standares internacionais para todas as pessoas com transtornos mentais, sejam jovens, adolescentes, adultos ou pessoas de idade avançada. Isso, digamos, em princípio, porque são normas que se aplicam a todas as pessoas. Os direitos humanos são universais, são

gerais, se aplicam a todos, sem distinção. A Organização Panamericana da Saúde e a Organização Mundial da Saúde têm programas específicos para a proteção das pessoas adultas idosas, ou anciãos. Mas, não obstante, não existe, porém, uma estratégia de direitos humanos e envelhecimento. Estávamos começando a trabalhar o tema direitos humanos e envelhecimento na Organização Panamericana da Saúde, principalmente porque nos asilos há violações graves dos direitos humanos dos idosos. Tratamento de baixa qualidade, desumano, degradante, com pessoas dormindo em colchões, sobre excrementos, sobre urina, e outras coisas que são contadas para mim pelas pessoas que trabalham com o tema envelhecimento na Organização Panamericana da Saúde. Pessoas idosas que não podem nem sequer ter autorização para outorgar consentimento para sua medicação, consentimento para um tratamento. Então, é necessário reformar a legislação nacional que protege as pessoas idosas, ou anciãos. (Depoimento de Dr. Javier Vasquez, advogado da OPAS, pág. 2 e 3)

A aquisição da documentação, que para a maioria se deu a partir do ano de 1990, trouxe aos usuários, uma nova identidade interior. Muitos usuários passam a não se identificar como pacientes, mas como moradores, ex-pacientes, trabalhadores das oficinas, entre outras nomenclaturas. A maioria dos idosos que se mudaram para as casas não sentem desejo de voltar para o Cândido Ferreira, nem para as festas, e preferem aproveitar a casa e seus afazeres da vida diária, que se apresenta como novidade em suas vidas.

“Eu trabalhei no CAPS Estação doze anos. (...) Eu tive que sair, e eles não queriam me pagar. (...) Porque eu ganhava por mês, eu era faxineira, eu era funcionária, eu já fui faxineira, já fui funcionária, não era paciente mais, e tudo por mês eu ganhava. Ganhava quatrocentos por mês. (...) Igual a faxineira. Eu não queria ser paciente mais. Eu não queria. Todo mundo me conhece como paciente, mas eu não gosto de

ser chamada de paciente. Todo mundo fala assim: - 'Paciente é tudo igual, Marlene, é tudo igual. Você toma remédio, é tudo igual'. E eu não gostei, falando a verdade para você. No Cândido Ferreira, trinta anos eu já fiquei, já fui paciente lá. (...) Lá eu era paciente. (...) No CAPS não (sou paciente)". (Depoimento de Marlene Diniz, usuária, pág. 3)



Usuários descansam em poltronas almofadadas no pátio do Núcleo Clínico, janeiro/2005 – acervo do autor

Como se trata de processo de reforma psiquiátrica, ainda hoje cerca de 36 velhos moram nas dependências do Cândido Ferreira. Os idosos ainda institucionalizados são os que necessitam de maiores cuidados psiquiátricos e clínicos. O Cândido Ferreira implementou duas casas para atender alguns idosos nestas mesmas condições, chamadas de "moradias de alta complexidade". Estas casas são adaptadas para as necessidades dos idosos, além de contarem com atendimento clínico durante 24 horas. A intenção da instituição é implementar mais casas para desinstitucionalizar estes idosos que ainda moram no Cândido Ferreira, intenção que esbarra na falta de recursos financeiros disponíveis.

“Não dá para a gente falar de uma previsão a médio ou curto prazo por conta do financiamento disso. Então, essa moradia que requer esse tipo de assistência, ela é, conseqüentemente, muito mais cara do que as outras moradias também. Então, não dá para a gente ter esse tipo de previsão por conta do financiamento, mesmo. Ainda não existe a indicação da Secretaria Municipal de Saúde no que diz respeito ao financiamento e a manutenção dessas moradias, que requerem recursos humanos na casa 24 horas por dias, às vezes, mais de um recurso, mesmo, pessoas da enfermagem, da higiene, enfim. Então, é uma moradia que tem um custo muito caro, muito alto e por isso que não dá para a gente pensar em previsão”. (Depoimento de Márcio Alexandre Ferreira de Azevedo, Gerente do Núcleo Clínico, pág. 1)

No campo da reabilitação para o trabalho foram implementadas doze oficinas profissionalizantes. Até julho de 2005, cerca de 230 pessoas participam das oficinas, que viabilizam, além da reabilitação, o recebimento de uma "bolsa trabalho", que varia de acordo com a venda mensal, girando em torno do valor de um salário mínimo. As oficinas profissionalizantes se dividem em quatro ramos de atividade: Culinária, Agricultura, Reciclagem e Decoração, que compreendem oficinas de Vitral, Vitral Plano, Mosaico, Papel Reciclado, Gráfica, Serralheria, Velas e Marcenaria⁹.

No trecho do depoimento abaixo, Carlos Alberto revela que foi uma exceção à regra do Cândido Ferreira. Mesmo na época em que os usuários não eram tratados em liberdade, Carlos teve a concessão para trabalhar fora do hospital:

“Eu parei de trabalhar devido ao meu estado de saúde, caótica mesmo. Estão, eu tive que parar. Pedi demissão para o meu patrão numa boa, porque ele é boa gente. (...) Eu trabalhava com material de construção (Loja de Materiais para Construção São Francisco de Assis). (...) Aí em Sousas. (...) Na loja eu trabalhei quase vinte e sete anos.

⁹ O capítulo Sujeitos da Própria História trará mais informações sobre as oficinas de trabalho.

Vinte e seis, vinte e sete anos. (...) do sanatório, eu ia trabalhar. (...) Fazia de tudo. Me cansei, meu estado de saúde, eu repito, repito, meu estado de saúde não dá mais para trabalhar, só dá para viver assim descansando um pouco, repousando, mas eu faço faxina aqui (moradia) de manhã, a qualquer hora do dia eu dou uma limpadinha para não pisar em sujeira, em comida". (Depoimento de Carlos Alberto da Silva Duarte, usuário, pág. 3)

Após a reforma psiquiátrica implementada no Cândido Ferreira, foi criado um Centro de Convivência e Arte no serviço, que desenvolve entre outros trabalhos, atelier de artes plásticas, cestaria e teatro, restituindo o direito ao lazer e às manifestações artísticas¹⁰.

No campo da Comunicação¹¹ foi desenvolvido o jornal "Candura - Um Novo Pensamento", feito por usuários, com tiragem bimestral de três mil exemplares; o programa de rádio "Maluco Beleza", produzido e conduzido também pelos usuários e veiculado pela Rádio Educativa de Campinas (FM) durante uma hora, uma vez ao mês; além de grupos de fotografia e oficina de televisão.

Em 1997, em parceria com a Fundação Municipal para o Ensino Comunitário (FUMEC), da Secretaria Municipal de Educação, foi implementado o Centro Cultural Cândido FUMEC, fora do espaço hospitalar, oferecendo diversos cursos para adultos e jovens da comunidade, entre eles o Curso de Ensino Fundamental de 1^a. a 4^a. série, com classes mistas de alunos da comunidade e usuários do Cândido.

A liberdade e os novos modos de tratar a loucura ampliaram os serviços, e, atualmente, contam, além das unidades já citadas, com uma Unidade de Internação, para casos de situação de crise, na qual as pessoas ficam em média de um a três meses até receberem alta. Um Núcleo Clínico que atende a população mais idosa da instituição, que ainda não voltou a viver com seus familiares. Em sua maioria, esses usuários que ainda não se mudaram para "Moradias Assistidas" possuem quadros clínicos mais debilitados, exigindo um acompanhamento mais intenso por parte dos profissionais. Um Núcleo de

¹⁰ O capítulo Sujeitos da Própria História trará mais informações sobre as oficinas de arte.

¹¹ O capítulo Sujeitos da Própria História trará mais informações sobre as oficinas de comunicação.

Atenção à Dependência Química, para os casos de Drogadição, e três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), localizados na região Norte, Sul e Leste de Campinas, que oferecem um tratamento-dia ambulatorial, e leitos para internação nos casos necessários, atendendo a população mais próxima aos bairros onde residem, facilitando o ir e vir dos usuários, a participação dos familiares, e a garantia dos vínculos com as famílias e com a sociedade.



Usuária dorme no pátio do Núcleo de Atenção à Crise, dezembro/2004 – acervo do autor

Uma das novidades do tratamento, implantado no Cândia desde 1990, foi o Projeto Terapêutico Individual (PTI). O PTI singularizou o cuidado ao usuário. A partir dele, cada assistido passou a contar com um projeto específico, de acordo com suas demandas.

“(...) tem que ter um olhar individual para cada pessoa, o tal do projeto terapêutico individual. É óbvio que eu não vou, na casa, assim... eu vou respeitar o máximo possível de uma casa: não tem que ter prontuário, não tem que ter a rotina assim... estabelecida... mas o quê que tem que ter? Eu vou identificar que fulano que eu acompanho, morador, precisa de psicoterapia. Então ele vai fazer psicoterapia.

Onde? No Caps? No Centro de Saúde? Atendimento domiciliar? Uma realidade hoje, eu acompanho... 30 pessoas, né, que estão em... quatro casas. Como a maioria é... não gosta da questão instituição, porque a maioria, quando saiu do Cândido, não quer voltar. E daí o Caps é uma instituição? E é e tem que ser uma instituição, porque é uma instituição, eles são muito resistentes a ir ao Caps. E o que eu mais defendo é a questão do envelhecimento. Por que? Porque Caps é para paciente com sofrimento mental grave, psicótico e neurótico, tem idosos também, só que essa população, os moradores, são pessoas... que estão envelhecendo e que viveram muito em instituição. Então eu sou contra que tem que ter para todo morador um PTI no Caps. Não tem indicação. Quem que vai para o Caps? Casos graves, que além da questão do morar, da gente trabalhar a reabilitação, dele ter a vida dele, e esse acompanhamento, que daí eu não chamaria de um tratamento, eu acho que quem acompanha moradia... é tratamento porque..., né, você é profissional da saúde, mas é possibilitar e garantir o morar digno, o morar... possível para essas pessoas. Então, o que eu defendo: casos graves acompanham também no Caps, mas não que todo mundo precise ir no Caps. E daí varia de cada um. Tem pessoas que gostam de ir consultar, eles... o que tem de assistência. Eles precisam de consultas médicas, psiquiátricas, porque a maioria tom medicação, tem alguns que não tomam, poucos, mas a maioria toma. Precisam de acompanhamento clínico, então, acompanhamento clínico, Centro de Saúde...e especialidades. Acompanhamento psiquiátrico, eu sou favorável a ser no Centro de Saúde. Eu sou contra ser no Caps. Porém, a questão da portaria que regulamenta que tem que ser no Caps... a gente ainda tem muito a avançar nessas portarias. Eu acho que cada um tem de tratar aonde tem indicação. A maioria dos que eu acompanho teria indicação para acompanhamento psiquiátrico no Centro de Saúde, que são casos crônicos, estabilizados, idosos, que você tem que até ter um cuidado, eu não entendo muito de medicação, mas, com o envelhecimento, assim... começa a complicar, né, esse tanto de remédio que eles tomam. E outros atendimentos sobre demanda, precisa... se beneficia de... de atividades mas vem fazer terapia ocupacional num

Caps ou... é melhor participar do grupo da terceira idade que faz lá o bordado (rindo)? Eu defendo que seja o mais comunitário possível, mais até pela questão do envelhecimento. Uma vez uma..., várias vezes as pessoas perguntam o quê que eles fazem, né, o quê que ficam fazendo na casa? E no início, a casa que eu morei no início tinha uma oficina de prendedor de roupa, eles levaram duas máquinas... eles trabalhavam em casa (...) eu tô..., assim, falo com muita propriedade porque eu também achava que tinha que ter, no início, lá em 1995, eu tinha uma escala que eu fiz com eles dos dias da semana e quem fazia o quê. E daí tinha a preocupação com o lazer, com... a questão do trabalho..., tudo isso tem que estar presente, não estou dizendo que não tem, mas não de forma... rigorosa e pré-estabelecida, é na medida que surge essa demanda. É lógico que, numa casa, eu estímulo que... eles saiam, que eles... dou sugestões, a questão de viagens, de... se visitarem porque... lembra: - 'Ah, fulano, onde está? Está no Cândido ainda ou está numa moradia?' - 'Ah, está numa moradia. Por que você não vai lá visitar? Vamos tentar conseguir o telefone...?' Tem essa preocupação com o bem estar, do lazer, da saúde, mas não tem que ser pré-estabelecido. (...) não tem que ter...tem que viver, tem que morar, eu sou contra ter rotina. Acho que tem que ter o acompanhamento ali no dia-a-dia para facilitar, para estar junto no cotidiano, de acordo com a demanda e com a necessidade de cada um, indicar os casos graves sim, eu acho que os casos mais graves tem que ter um PTI também conduzido pelo Caps... e pronto. E inserir em atividades na comunidade". (Depoimento de Sandrina Kelen Indiani, ex-funcionária, pág. 23, 24 e 25)

Por esta nova postura nos cuidados aos usuários do serviço, desde 1993, o Cândido Ferreira é considerado referência de tratamento à saúde mental no Brasil pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Atualmente, a instituição filantrópica atende aproximadamente mil usuários por mês, e a maioria destes recebem tratamento durante o dia, retornando às suas casas no final da tarde.

“O respeito, a dignidade do paciente (o que mudou). O respeito da dignidade da capacidade infinita do ser humano. A dignidade de... não quer saber se é louco, paraplégico, doente, ele é gente! E o Cândido Ferreira reconhece isso. Por que que ele é gente? Por que? Porque tem essa característica. Essa característica não é da diretoria, é de todo o corpo, eu não entendo porque, mas eles estão captando isso, estão vivendo isso, porque isso vai ao encontro de uma necessidade da pessoa de ser justo, de ser humano, (...) no aspecto religioso, mas vamos transcender o aspecto religioso. Esse desejo de felicidade, de paz, e todo mundo tem. Conversa com a Daniela (funcionária), com fulano... Vai lá, eu estou com um paciente alcoólatra, lá com a Ana Paula (funcionária), conversa com ela e conversa com alguns lá. Eu tive um menino, paraplégico, um rapaz que trabalhou aqui, por sinal, e... e eu... e a mãe dele trabalha no Cândido Ferreira. E ela teve dez filhos. Ganha R\$ 600 por mês, na limpeza. Tá feliz com o Cândido Ferreira. Feliz. E trabalha na limpeza. Ela me falou: - ‘Puxa, o pessoal do RH me procurou pra me ajudar’. Essa mentalidade, isso é fundamental. Isso ta imperando em todo o Cândido Ferreira. Em todo. (...) Eu sou velho já (...) Quando a pessoa é idosa, é limitada. É limitação de saúde, de tudo. E lá no Cândido Ferreira você vê pessoas idosas sendo tratadas com carinho. E esse carinho não é mecanizado, não é mecânico. Ele vem do interior da pessoa. Eu vejo lá às vezes as meninas pegam idosos, vão empurrar, vão ajudar, eu fico olhando, eu fico olhando. Porque eu tenho senso crítico pra analisar isso. E noto que essas pessoas, essas que estão sendo... as que atendem têm um jeito diferente, um sotaque diferente. O sotaque... Sabe o que é o sotaque? O jeito diferente, a palavra diferente, o jeito de ser diferente. Isso é o Cândido Ferreira. Não quer saber o passado. Hoje é o presente, o passado já era. E hoje nós estamos aí. Agora, temos que manter tudo isso de pé, custe o que custar. Se não eu vou brigar com todo mundo, e vou brigar feio”. (Depoimento de Antônio Orlando, Presidente do Conselho Diretor de 1990 até o ano de 2004, pág. 6)

“Gestão participativa. Dos funcionários e dos pacientes. Isso foi uma mudança radical, que permitiu crescer. Participativa é... os funcionários, e os pacientes também. Isso é em pacientes, hoje. Então, essa foi a mudança, para mim, mais importante”.

(...) A participação de todos..., es-pe-ci-al-men-te dos funcionários, porque geralmente, a cúpula, a “cópula?” ou cúpula, é... tem toda a turma que trabalha, né... É..., mas eu vejo, nas reuniões nossas também, eu fico observando, rapaz, um fala aqui outro fala lá..., eu não sou idiota, não sou inteligente, mas não sou idiota..., a turma conversa, fala, exprime opinião, está certo que não é todo o universo do Cândido Ferreira, mas desce lá, fala com... De vez em quando eu faço isso: “O que você está achando aqui?” Você tem a pergunta... Então, essa vibração, vibração... é fantástica. Por isso, quando eu falo que a integração que não pa... a cúpula, logicamente, dirigiu, criou, sei lá..., colocou... deu as condições. Mas o fato de ter essa participação de usuários e fun-cio-ná-rios, com elementos...com alguma exceção, por exemplo, tem um camaradão lá que... negócio de fotografia, isso aí é um caso à parte, mas, todos eles são vibra... vibram. Esta vibração que existe no Cândido Ferreira, você não sente porque você pertence a ele, mas eu sinto, quando eu entro lá eu sinto. E tem dia que... está mais down... Gozado... você sente, porque a gente transmite, né, empaticamente, tudo”. (Depoimento de Antônio Orlando, Presidente do Conselho Diretor de 1990 até o ano de 2004, pág. 11, 14 e 15)

“Interessante... você faz umas perguntas... que eu nunca me fiz... Porque, é quase que automático. Então, veio o processo, cidadania, vai caminhando... não é uma coisa que é assim... “É até aqui e aqui mudou”, não, é um processo, lento, que vai mudando, é difícil você fixar... você fez uma pergunta específica “Quais são os momentos tal, tal...” Digo: “Espera aí, não existe um momento”. Se o processo, isso sim, o

processo, essa lei, essa colocação, abriu um leque muito grande, não só para o idoso, para todos. Quando fala de idoso, está falando do ser humano, né?! Mas, vamos falar principalmente dos idosos, não é... É difícil dizer “Qual a mudança, quando surgiu, qual a mudança que o senhor destacou...”, não... Não sei! Porque é um processo. Eu sou sempre favorável ao processo... para libertar ou para condenar... (rindo), não é bem isso não... Mas o processo é muito importante”. (Depoimento de Antônio Orlando, Presidente do Conselho Diretor de 1990 até o ano de 2004, pág. 14)

“(...) antes, eles (alunos da Escola Thomaz Alves – Sosas) só usavam para iniciar droga, não era essa relação de amizade. Eu acho que não era uma relação de amizade. E eu acho também que, naquela época, como era uma coisa velada, desconhecida, eles tinham a curiosidade de sentir como era a reação do usuário do Cândido. Talvez, eles mexessem por isso. Depois que eles foram, conheceram, viram que está aberto, que é um lugar de educação, que é um lugar humano, então acabou com aquela curiosidade, aquela vontade de maltratar. Isso é próprio do ser humano, que parece que tem a natureza de querer se desfazer do outro”. (Depoimento de Maria Alves Cordeiro, vizinha, pág. 3)

“(...) sempre que eu me sentia triste, eu ia lá. Eu falava assim: Agora, eu vou reabastecer minhas energias. Porque quando eu chego, e que vem o Zé me abraçando, quando vem o Paulino, quando eles vêm me contar as coisas deles, as coisas particulares, eu fico tão feliz de poder ouvir, de poder achar que eu estou ajudando. E, ao mesmo tempo, eu estou sendo ajudada. Porque é o carinho que você está recebendo, é a atenção, é o amor, é uma coisa sincera que você está recebendo ali, e que talvez, você esteja doando também. Então, eu acho que estas coisas me bastam”. (Depoimento de Maria Alves Cordeiro, vizinha, pág. 4)

“Para nós, da Organização Panamericana da Saúde, são pontos muito importantes de referência. Porque no Cândido Ferreira se vê uma reestruturação psiquiátrica, se vê pessoas com transtorno mental que vivem na comunidade, que exercem todos os direitos civis, políticos, econômicos, sociais, culturais em pé de igualdade em relação aos outros seres humanos. Não se vê uma pessoa com transtornos mentais, se vê um cidadão que vive em condições de igualdade, que trabalha, que se educa, que vota, que vai aos tribunais. Então, para nós, da Organização Mundial da Saúde, o Cândido Ferreira é um modelo que pode e deveria ser repetido em muitos países da região que concentram seu atendimento médico-psiquiátrico em hospitais, e nesses hospitais, em salas fechadas, exiladas, em condições deploráveis”. (Depoimento de Dr. Javier Vasquez, advogado da OPAS, pág. 3)

Nem tudo são flores nesse processo de ressocialização. A luta é diária e os casos de preconceito sempre aparecerem, como já vimos neste capítulo. No depoimento abaixo, da professora Maria Alves Cordeiro, moradora de Sousas, vizinha da instituição, relata:

“(…) Os professores, quando tinham alunos com problemas de comportamento, diziam: - ‘Ah, você precisa ir lá para o Cândido, seu lugar não é aqui, você está no lugar errado’. E eu fui ficando curiosa também por esse ponto aí. Depois, eu percebi que as crianças mexiam com as pessoas que iam para o Cândido, e passavam na porta da escola. E aquelas coisas foram começando a me incomodar. Então, eu pensei que era necessário a gente educar o nosso aluno. E, talvez, com a minha proximidade, a visão de professor também melhorasse em relação ao Cândido. Então, eu comecei a fazer o trabalho de visitar o Cândido, de levar as crianças. E com a idéia, com o desejo de que mudasse a mentalidade dessas pessoas. Mas o que eu percebi é que eu

não sei se vale tanto, eu não sei se muda. E a comunidade também tem mais ou menos a mesma visão que a escola, porque escola e comunidade geralmente falam a mesma língua, uma reflete a outra.

(...) A comunidade sousense, pessoas nascidas, pessoas moradoras de Sousas, que sempre viveram aqui, é. É uma visão preconceituosa. Não é preconceituosa a visão de pessoas que vieram morar aqui. Agora, a visão dos moradores daqui, eu acredito que seja, pelo que eu ouço, pelo que eu acompanho, mesmo, por exemplo, pessoas que têm familiares que trabalham no Cândido, eles continuam tendo essa visão. Muitas vezes, elas dão assim, uma enfeitada naquilo, mas quando você vai conversar, realmente, quando você vai falar a respeito, ela continua tendo aquele preconceito arraigado. Acham, por exemplo, que os moradores, os usuários das moradias extra-hospitalares deveriam morar em casas próximas do Cândido, que as casas deveriam ser construídas ali perto, para que eles ficassem presos, que não deviam se misturar, é essa a visão, é isso que eu sinto.

(...) Eu acho que ela suporta porque a comunidade de Sousas não é mais uma comunidade de Sousas formada por sousenses. É uma comunidade que foi abafada, porque veio muita gente de fora. Você pode ver que, por exemplo, no Carnaval, em todos os eventos, da comunidade de Sousas, aparece muito pouca gente. Ou você nunca observou isso?

(...) Falando assim, parece que eu estou malhando o pessoal de Sousas... Porque parece que eles têm dificuldade de lidar com o diferente, mesmo com a aceitação dos habitantes que não são daqui. (...) É, tem essa rejeição. Eu acho que é assim, aquela colônia fechada. Eu acho que eles sentem dificuldade em lidar com esse diferente".
(Depoimento de Maria Alves Cordeiro, vizinha, pág. 1, 2 e 3)



Jardim do Cândido Ferreira: sem muros, sem telas aberto à convivência
– acervo do autor

Romper a barreira do preconceito não é uma tarefa a ser desenvolvida somente com a comunidade de Sousas. No ano de 2002, a instituição montou um CAPS num bairro de classe média alta, na cidade de Campinas, no bairro Nova Campinas, região Leste. Neste momento, aflorou o preconceito de alguns moradores do bairro, que entraram na justiça pedindo a retirada do serviço de perto de suas casas. Apoiados na lei de zoneamento, os vizinhos alegavam irregularidade na instalação do serviço, mas o que se notava nas entrelinhas era um forte preconceito com relação a pessoas portadoras de transtornos mentais, e, além disso, pobres. Nesse episódio, os vizinhos venceram e o CAPS se retirou do local. O CAPS Esperança (nome escolhido pelos usuários do serviço e que veio a calhar) mudou-se para a região do Taquaral, local em que também sofreram discriminação, com outro processo na justiça, por parte de alguns moradores do bairro. Desta vez, os usuários conseguiram continuar e garantir seus tratamentos, e no Taquaral o serviço ainda se encontra.

“Hoje, é muito difícil você vê uma pessoa, um doente mental muito grave, porque existem os CAPS, onde nos CAPS são tratados. Não vou dizer para você que, às vezes, ele não precisa de uma ‘internaçãozinha’ de dois, três dias ou até uma semana, mas não existe tanto surto quanto

antigamente, visto como eu acabo de falar, o surto existia por causa dos maus tratos. Hoje, o trato é diferente, é carinho, é dedicação onde as pessoas não têm tanto surto porque elas são bem tratadas. Isso que é maravilhoso, por isso que a gente luta: para mostrar para as pessoas que nós estamos em um mundo melhor, nós estamos numa psiquiatria... Porque antigamente, quando se falava em hospital psiquiátrico, era comum as pessoas falarem: - 'Você já vai para aquele hospital de louco? Lá só tem louco'. Não vou dizer que não tem pessoas que falam (hoje). Tem pessoas que falam, a gente, muitas vezes, ainda é discriminado pela sociedade, mas é muito pouco. Visto que aqui, as visitas vêm com crianças pequenas, e as crianças circulam livremente aqui com pessoas fazendo acompanhamento sem medo algum. Nós temos aqui a Escola Estadual Tomaz Alves, que é nossa vizinha aqui, que tem a oportunidade de nos visitar quando nós fazemos aqui uma vez por ano o Dia do Abraço. Eles vêm aqui, de mãos dadas com todos nós aqui usuários e caminham, cantam, brincam e se divertem. Isso é gratificante. E quando nós fazemos nosso churrasco de fim de ano, a vizinhança aqui é convidada, eles não têm preconceito algum e não têm medo. Isso é muito bom". (Depoimento de Silvio Burza, representante dos usuários da Associação Cornélia Vlieg no Tear das Artes – Guarulhos, pág. 5)

"De fato, é verdade, o preconceito existe. As pessoas olham para mim e falam: - 'Você foi interno? Eu não acredito'. Eu respondo: - 'Isso é uma coisa tão comum que qualquer pessoa está sujeito a passar por uma internação'. Muitas pessoas no dia-a-dia cometem suas loucuras. É como eu explico, não vem rotulado, um doente mental. O mais interessante é que eles pensam que o doente mental precisa estar babando, e não é por aí. Ou muitas vezes, quando se fala em doença, eles pensam assim que a pessoa precisa ter uma perna quebrada, tem que ter qualquer outra coisa, ou andando de muletas para ser um doente. Mas o doente mental, muitas vezes, a doença dele é doença do coração, e as pessoas são discriminadas pela sociedade. E é onde a gente luta nesses fóruns, onde a gente tem a oportunidade de falar e

mostrar para as pessoas, como eu acabei de dizer, que todos nós estamos sujeitos a passar por dificuldades na vida. Mas como eu disse hoje, as pessoas estão bem mais preparadas e estão sentindo que é o carinho, é o amor onde a gente muitas vezes sente falta, que a gente pensa que está perdido neste mundo. Então, é por isso que eu gosto de dar os meus testemunhos". (Depoimento de Silvio Burza, representante dos usuários da Associação Cornélia Vlieg no Tear das Artes – Guarulhos, pág. 3)

Com o intuito de diminuir gradativamente o preconceito da sociedade com relação às pessoas portadoras de sofrimento mental, os usuários buscam se organizar politicamente, sendo que alguns se engajam em conselhos de saúde e movimentos de militância aos direitos humanos, no qual o Movimento da Luta Antimanicomial, o principal deles.

"Eu fui eleita com um grande número de votos. E me surpreendeu até a eleição, como é que foi tudo. E as pessoas confiaram em mim. Então, eu tenho esse papel. Eu sou representante dos usuários no assunto do Conselho Diretor. E lá no Conselho eu tenho uma participação muito grande, eu sou a voz dos usuários, eu levo a bandeira que os usuários precisam, as necessidades que eles precisam. Então, tudo o que eu falo ali, eu me ponho, como sou uma usuária, eu me ponho na bandeira deles, defendendo o que eles precisam, o que eles necessitam. Inclusive, agora dia 15, a gente vai ter uma reunião do Conselho Diretor, é um lugar de muita responsabilidade, é um Conselho de muita responsabilidade. A gente tem delegações, tem pessoas, tem representações de vários campos da sociedade, PUC, Unicamp, presidente do Conselho Diretor, vice-presidente do Conselho Diretor, o doutor Willians como superintendente do hospital, tem o Luciano Lira que é o meu vice, que agora talvez ele não esteja participando tanto porque é o horário dele de escola, do cursinho, e ele falou que não vai dar para ele estar vindo tanto assim. Mas é uma voz muito grande, uma

voz que surgiu, que não estava tão atuante assim, antigamente eu não tinha tanta atuação. E foi uma coisa muito legal essa coisa de estar no Conselho. E é um lugar de muita responsabilidade.

(...) O movimento da luta antimanicomial surgiu a partir da reforma psiquiátrica, que teve há alguns anos atrás. Então, é um movimento que luta contra os maus tratos aos pacientes psiquiátricos, contra a camisa de força, contra o eletrochoque, fecha alguns hospitais que precisam ser fechados, briga pelos direitos dos usuários, eles se reúnem todo o primeiro sábado de cada mês em São Paulo, no CRP, Conselho Regional de Psicologia. Como eu não tenho participado muito, ultimamente, me parece que vai trocar o lugar. É o Alexandre (usuário) que tem ido, o Luciano Lira que tem ido, me parece que vai trocar o lugar do encontro, porque me parece que não tem tido muito o apoio do CRP. Mas para se decidir, tem a comemoração do dia 18 de maio, o dia da luta, o dia nacional da luta antimanicomial, que é um dia que a gente comemora como vitória nossa, a gente sai às ruas, a gente participa de workshops, a gente faz as manifestações, como a gente já foi até em Santo André, fez uma passeata, depois fomos até a câmara de vereadores, participamos, nos integramos àquele momento, foi um momento de muita emoção. Tinha uma pessoa lá, um profissional da saúde vestido com a camisa de força, e depois eu fui lá e desamarrei aquela camisa de força. E foi um momento de muito emoção, eu estava tirando aquelas ataduras que um dia foram retiradas de mim também. Então, é um movimento muito forte, o movimento da luta antimanicomial. A gente tem encontros nacionais de usuários, de familiares. O último, a gente perdeu por falta de comunicação, porque eles mandaram a comunicação muito atrasada para a gente, e a gente acabou perdendo, que foi no Ceará, se eu não me engano. (...) (o movimento) Reivindica principalmente a liberdade de seus usuários. (...) Liberdade de poder ir e vir, liberdade de falar, de ser ouvido, de ser digno, de ser tratado como uma pessoa normal. Não é porque a gente tem um transtorno mental que a gente não é normal, que a gente é bicho, que a gente deve ser recluso, que a gente deve ser tratado de forma diferente. Não, a gente tem capacidade, a gente deve mostrar que tem capacidade para ser

tratado como pessoa normal, como uma pessoa, como deve ser mesmo". (Depoimento de Silvana Borges, representante eleita dos usuários do Cândido Ferreira, no Conselho Diretor da instituição, pág. 9 e 10)

A reforma psiquiátrica possibilitou às pessoas que estavam sendo tratadas no Cândido Ferreira, ou que vieram a se tratar posteriormente à reforma, uma série de conquistas em diversos campos, como pode ser notado nos trechos dos depoimentos abaixo, como revela Silvana Borges:

"A Silvana antes era extrovertida, brincalhona, como eu sou hoje, mas não era uma Silvana que era locutora de rádio, não era uma Silvana considerada artista plástica, não era uma Silvana que participava de um editorial de jornal. São coisas que eu conquistei na saúde mental, através da saúde mental. Então, a Silvana, hoje, é muito mais ativa, muito mais participante, muito mais lutadora, muito mais guerreira. Muito mais guerreira, sim. Guerreira por causas de pessoas que estão em volta dela. Então, hoje, ela é muito mais batalhadora, e muito mais vencedora também. Essa é a Silvana de hoje.

(...) (as principais conquistas dos usuários depois da reforma psiquiátrica) A conquista de ser reconhecido como pessoa, ser digno, de ter o seu direito, que eu volto a falar, de ir e vir, de falar, de dialogar, de ser ouvido, de ter o seu direito defendido, de ter pessoas que defendem. (...) De ter direito. A principal garantia é a de ter direitos e serem respeitados esses direitos pelas pessoas". (Depoimento de Silvana Borges, representante eleita dos usuários do Cândido Ferreira, no Conselho Diretor da instituição, pág. 14)

As conquistas levam os usuários a vislumbrarem novos desafios, novos sonhos, a planejarem o futuro, a construírem novos projetos.

“Eu queria ter pelo menos uma casa própria. Não uma casa grande que nem essa, uma casinha própria e ficar pagando com o benefício e cuidando para ela ser minha. Mas não deu, fazer o quê. (...) é uma casa também, só que a gente não vai depender a vida inteira da casa”. (Depoimento de Luiz Antônio Businaro, usuário, pág. 6)

(...) a gente precisaria montar uma associação de usuários para que a gente pudesse conversar melhor com a gerente, que a gente pudesse pedir e reivindicar mais coisas. Mas isso daí, a gente precisa fazer um tipo de uma cooperativa... (...) uma associação de usuários. E gente pretende ver se a gente consegue montar uma associação de usuários para que a gente possa reivindicar algumas coisas que a gente precisa”. (Depoimento de Silvio Burza, representante dos usuários da Associação Cornélia Vlieg no Tear das Artes – Guarulhos, pág. 10)

“Eu fiquei com vontade de namorar, mas não posso, não posso seguir. Eu me sinto com vontade de, onde eu vou, onde eu vou eu não posso... Tem gente que zomba da gente, você sabe. Eu sou moça, eu sou direita, eu não posso andar sozinha. Eu tenho vontade de namorar, eu tenho vontade de namorar, mas eu tenho medo desse problema que eu não posso ter filho. Fiz exame, tudo, e tudo assim: - ‘Olha, Marlene, o problema que você tem...’ Eu queria namorar de verdade, mas eu vou falar uma coisa para o senhor, eu posso contar um caso? No exame que eu fiz, a camisinha está aí guardada, para não pegar filho. Está aí guardada até hoje. Eu nunca usei. Eu ia dar, mas eu tinha medo do pessoal zombar... Da vontade de tudo, de chorar, brigar, pegar as coisas e sumir, fugir, não sei o que eu estou fazendo com a minha vida na cabeça. E eu tenho isso na cabeça, eu não sei para onde eu vou.

(...) Eu quero, eu quero arrumar namorado na rádio.(...) Eu quero... Eu quero procurar num lugar, onde eu estou gravando na rádio, para ver se eu procuro um moço sério, olhos verdes, igual a essa novela aí, a novela das oito, das seis. Tem um moço de terno com olhos verdes.

Eu já assisti essa novela das seis. (...) Igual a ele, assim, um moço bem alto, de olhos verdes. Eu assisto das oito e das seis. Acaba nove e meia, meia noite, por aí. (...) tem aquele de olhos verdes? (Fábio Assunção) Isso, é aquele que eu assisti. (...) Eu quero igual a ele. Bem alto, não é? Um pouquinho baixo do meu tamanho. Bem lá no meio, da altura dele. Eu queria ir na rádio, mas queria procurar um namorado no Sílvio Santos, Sabe por que? Eu vou escrever uma carta para o Sílvio Santos, para pôr o meu nome no Sílvio Santos, para ganhar flor e dançar. Os dois dançando assim... O moço de um lado, e a moça do lado. E chama atenção: Namoro ou amizade? Se eu ganhar uma flor, é namoro ou amizade. Uma vez uma perdeu... Uma fica com a flor na mão, e ganha a flor. É namoro ou amizade? Igual aquele lá, entende?”. (Depoimento de Marlene Diniz, usuária, pág. 3 e 5)

As mudanças implementadas na instituição, apesar de na maioria serem consideradas positivas, são alvos de algumas críticas por parte dos entrevistados, conforme os depoimentos apresentados a seguir:

“Falta conseguir mais liberdade para as pessoas que estão ainda aqui, conseguir mais espaço, mais dignidade. Acho que alguma como assim como cuidar ainda mais dessas pessoas que, infelizmente, por muito tempo de hospital psiquiátrico, a família abandonou, a família não quer mais, acabaram ficando aqui, como alguns pacientes que a gente tem aqui. Devido a muito tempo de psiquiatria, muito tempo de internação, eles acabaram ficando por aqui. Então, alguns pacientes acabaram se sentindo como um depósito no antigo hospital psiquiátrico. Faltaria um cuidar a mais para com essas pessoas, tentar ver se se consegue levá-las para um ambiente fora daqui, e tentar cuidar delas fora daqui, deixar esse espaço só para as oficinas, só para terapia, transformar cada vez mais isso daqui num espaço de lazer, um espaço aonde as pessoas venham e voltem para suas casas todos os dias. No futuro, que não tenham mais moradias aqui. É lógico que espaço para

internação precisa ter, porque, às vezes, uma crise que a pessoa passa, é necessário ficar num ambiente de internação, num ambiente de cuidar mais apropriado, de cuidar mais próximo. Mas que a gente possa ter em Campinas CAPS que sejam dotados realmente de médicos, de psicólogos, de terapeutas ocupacionais que consigam suprir essa demanda que tem aqui hoje”. (Depoimento de Silvana Borges, representante eleita dos usuários do Cândido Ferreira, no Conselho Diretor da instituição, pág. 12)

“É muito dinheiro e empregados lá dentro. Têm empregados a dar com o pau, na minha opinião. Tem muito empregado. O pouco que eu vou lá, acho que fui lá uma ou duas vezes. Eu precisava de uma informação de um cara que era auxiliar de escritório, o Luís (Gasparin). Eu disse: - ‘Eu queria falar com o Luís?’ Ao invés de chamar, disseram: O senhor vira aqui, vai lá. Ele trabalha lá, naquele lugar. Entrar lá por dentro procurando o Luís? Isso não é coisa que se faça. Gente de fora não tem nada que estar entrando assim, lá dentro. Não, vai lá procurar o fulano, disseram. O que é isso? Chama o fulano. É muita liberdade, não sabem nem quem é, o que se vai fazer lá dentro, como é que vai deixar entrando lá dentro, assim? E se o sujeito vai levando cachaça, principalmente? Se o cara é alcoólatra, um amigo vai visitá-lo e leva cachaça para ele? Não. Tem que ter hora de visita, na hora de visita o empregado tem que estar sempre atento para ver se não acontece risco. Agora, ir e dizer: Vai por aqui, vai para lá. Essa liberdade eu nunca deixei, nunca dei”. (Depoimento de Alcides Ciello, antigo administrador do Sanatório, pág. 9)

“Eu gosto da moradia, só que eu quero sossego, eu quero um quartinho só para mim. Eu queria sabe o que é? Não é isso, não... (...) Aqui tem goteira, tem goteira. Quando eu for mudar, eu quero um quartinho pensão para mim pagar”. (Depoimento de Marlene Diniz, usuária, pág. 2)

“Ainda o que tem que melhorar... Eu acho que a questão das moradias tem que melhorar muito. (...) Moradia, eu acho que... Como eu posso te falar... A gente que anda nas moradias por aí, a gente vê que tem moradia que está legalzinha, está bonitinha, toda limpinha, fazem aquela comidinha. Outras já não estão assim... Então, nesse ponto eu acho que tem que melhorar mais. Tem alguns usuários que, às vezes, não têm condições de estar numa moradia. Não adianta a gente querer forçar uma coisa que não dá. E acaba acontecendo o que? Colocando em risco outras pessoas. Tem que se pensar nisso também. Não sei se aqui é o espaço, se aqui é o jeito da lida do dia-a-dia, no hospital é uma coisa, no CAPS é outra, na moradia é outra. Às vezes, você não tem uma estrutura física adequada, por exemplo, num CAPS. Se você for lá hoje no CAPS Estação, você vai voltar para mim e falar: - ‘Puxa, cara, você não está fazendo manutenção lá’. Tem porta lá quebrada, quebrada do vidro de cima e embaixo, várias portas. Então para uma pessoa que chega de fora e olha aquilo lá, que não conhece como é, é duro, cara. Vem aquela puta imagem: - ‘Aqui tem louco’. Agora quem está quebrando? São todos? Não, é uma ou outra pessoa que faz isso. Não sei, eu posso estar falando bobagem aqui. Tem que trabalhar diferente com essa pessoa, tem que conversar, tem que fazer alguma coisa, porque eu não sou assistencial e não posso... Estou até falando bobagem, mas não dá para você deixar uma pessoa assim junto com aquelas outras que cuidam do ambiente, estão em um convívio legal. Tem que internar? Tem que internar. Cuida legal aí, é outro espaço. Aqui não sei se o pessoal tem outro treinamento, aqui o espaço físico é melhor. Assim você consegue contornar, tirar de lá até passar essa fase, porque passa, isso é fase. Tem fase que a pessoa está legal, está boa e você consegue tudo conversando e, às vezes não, tem que entrar uma intervenção mais... (...) mais individualizada, isso.

(...) eu passo na moradia, você começa a conversar com a pessoa, mais ou menos, você já percebe se ela está legal ou não. Esse é o momento de você intervir. Quem está cuidando, tem por obrigação

de saber quando a pessoa está legal ou não está. É a função do cara, eu não sou assistencial, mas se um cara estiver ali para surtar mais ou menos você percebe pela atitude, pela conversa. Você já vê que o negócio não está do jeito que está... Você sabe uma coisa que eu estou notando? Eu estou notando que o Bursa (Luiz Antônio Businaro - usuário), esses dias, ele não está legal. Não sei, pode ser que eu esteja errado, mas não sei. Hoje eu cumprimentei ele, ele me cumprimentou mas já parece um pouquinho diferente. Então, é a hora de estar chamando o cara. Agora quem faz isso é a assistencial, não é a área minha. Agora se eu percebo, eu aviso. A gente tem obrigação também de avisar, mas o meio de campo aí que é duro fazer, não é fácil não.

(...) Eu acredito que quando o cara está legal... Por exemplo, quando eu fui na moradia lá, eu fui no aniversário do José Marques, ele me convidou para eu ir no aniversário dele. Aí eu fui, foi num sábado. E eu estava conversando com ele como é que estava lá, se ele está gostando, se ele queria voltar para cá. Ele disse: - 'Nem pensar, eu estou muito bem aqui e aqui que eu quero ficar'. Quer dizer, então para ele está legal, para ele está dez. Agora eu não sei se para todo mundo é assim, eu não sei. (o direito para pessoa envelhecer onde ela quiser) Onde ela achar que ela deve. Onde ela se sentir legal. Porque na verdade tudo é meio imposto, não é? Tudo? (...) A maioria das coisas são meio impostas. (...) (por exemplo) Ora, de você transferir o cara para lá. Você não está impondo uma condição para ele que, às vezes, ele não quer? Está, não está?". (Depoimento de Luiz Gasparin, funcionário, pág. 9 e 10)

As leis e os direitos humanos

As pessoas portadoras de sofrimento mental tem tido avanços nas leis que garantem um tratamento mais digno, conforme algumas leis indicadas neste sub-item. Apesar da aprovação de algumas leis, ou declarações, terem sido aprovadas e publicadas, um trabalho intenso de transposição do que está

no papel para um tratamento mais digno, faz-se necessário. Outra reflexão que precisa ser feita, é que a reforma psiquiátrica não deve se tornar refém das próprias leis, e em cada local, cada país, cada região, deve se adequar à realidade, para que efetivamente atenda às demandas da população assistida.

“Nós temos que diferenciar leis nacionais e leis internacionais. Porque, em saúde mental, a maioria das leis e das normas são provenientes do direito internacional. Não obstante, há, por exemplo, normas que protegem as pessoas com transtornos mentais nas constituições nacionais dos países. Por exemplo, o direito à vida, à integridade pessoal, à garantia policial, à votar, à constituir família, o direito de trabalho, o direito de estudar, e outros direitos estão já protegidos pela constituição nacional. E estes direitos se aplicam também às pessoas portadoras de transtornos mentais. Porém, há leis nacionais de incapacidade ou de deficiências. Alguns países têm aprovado leis nacionais que protegem essas pessoas. E logo existe toda uma série de convenções internacionais de direitos humanos que protegem todas as pessoas, incluindo as pessoas com transtornos mentais. E ademais, existem guias, lineamentos, que são conhecidos como standares internacionais, que são guias que foram aprovadas pelas Nações Unidas, Organização dos Estados Americanos, Conselho Europeu, Organização Mundial da Saúde, Organização Panamericana da Saúde, que são guias que protegem especificamente os direitos das pessoas com transtornos mentais, como podem ser os princípios para proteção dos doentes mentais das Nações Unidas”. (Depoimento de Javier Vasquez, advogado da OPAS, pág. 2)

Há muito o que se avançar no campo das conquistas jurídicas voltadas aos usuários de saúde mental. A seguir, a pesquisa apontará algumas destas conquistas, deixando claro que existem outras, e que para uma relação completa e uma análise mais aprofundada sobre essas leis, seria necessário

uma pesquisa jurídica específica sobre o tema, o que não é objetivo da dissertação em questão.

A Constituição Federal Brasileira, de 1988, Seção II – Da Saúde, o artigo 196 diz:

“A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. CONSTITUIÇÃO FEDERAL BRASILEIRA (art. 196)

A Lei no. 8.080, de 19 de Setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e de outras providências, sendo uma lei fundamental na implementação do Sistema Único de Saúde - SUS. Esta lei é complementada em 28 de dezembro de 1990, com a lei no. 8.142, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

Outro momento importante para os direitos dos usuários foi a Declaração de Caracas, aprovada em 14 de novembro de 1990.

“A Declaração de Caracas, de 1990, é um dos principais standards interamericanos, porque esse documento diz abertamente que em hospitais psiquiátricos existem doentes exilados, se usava o termo doente naquela época, por isso uso a palavra doente. Mas, agora, não. Hoje, se diz pessoa com transtorno mental, ou com problema de saúde mental, ou com incapacidade mental. Então, com a Declaração de Caracas, pela primeira vez na região, se falava que deveriam ser criados sistemas comunitários, proteger os direitos humanos das pessoas com transtornos mentais, e que os hospitais psiquiátricos não poderiam ser a única forma de assistência. Essa é a importância da Declaração de

Caracas, de 1990. Entretanto, a Declaração de Caracas não é um tratado, não está sujeita a ratificação. E deve ser autorizada com tratados, que estão sujeitos a ratificação, como a Convenção Americana". (Depoimento de Javier Vasquez, advogado da OPAS, pág. 4)

A Organização das Nações Unidas (ONU), em 17 de dezembro de 1991, publicou princípios para a proteção de pessoas acometidas de transtorno mental e a melhoria de assistência à saúde mental.

“Existem vários sistemas de direitos humanos. Por exemplo, o sistema da Organização das Nações Unidas tem vários tratados de direitos humanos que protegem a pessoa portadora de transtorno mental, como o pacto que foi recentemente criticado pelo Brasil, como o pacto internacional de direitos civis e políticos, e o pacto internacional de direitos econômicos, sociais e culturais. Obviamente, a declaração universal dos direitos humanos, e a convenção internacional para prevenir e impor pena à tortura e outros tratamentos desumanos. Isso, enquanto sistema das Nações Unidas. Porém, enquanto sistema interamericano, que é muito importante porque expõe o que são sistemas regionais de direitos humanos, e o Brasil faz parte desse sistema regional de direitos humanos, está a convenção americana sobre direitos humanos, o protocolo adicional à convenção americana sobre direitos humanos, e está também a convenção para a eliminação da incapacidade. Estes seriam os mais importantes no sistema interamericano. E, em seguida, estão todos os standares, que não são tratados, não estão sujeitos a ratificação, porém, são as guias que são usadas para interpretar estes tratados no contexto de saúde mental, como são os princípios para a proteção dos doentes mentais nas Nações Unidas, as normas uniformes para oferecer oportunidade, das Nações Unidas, a Declaração de Caracas, da OPAS, a recomendação da Comissão Interamericana para proteger as pessoas com

incapacidade mental". (Depoimento de Javier Vasquez, advogado da OPAS, pág. 3 e 4)

Em 29 de janeiro de 1992, a Portaria no. 224, do Ministério da Saúde brasileiro estabeleceu diretrizes e normas para o atendimento dos usuários no SUS, no tocante a Unidade Básica, Centro de Saúde e Ambulatório; Núcleos e Centros de Atenção Psicossocial (NAPS e CAPS); Hospital-Dia; Serviço de Urgência e Emergência Psiquiátrica em Hospital-Geral; Leito ou Unidade Psiquiátrica em Hospital-Geral, e Hospital Especializado em Psiquiatria.

O Projeto de Lei no. 3657-B, de 1989, de autoria do Deputado Paulo Delgado, dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória, proibindo a construção de novos hospitais psiquiátricos públicos no território nacional.

O Código de Saúde do Estado de São Paulo, publica em 09 de março de 1995, a Lei Complementar 791, de autoria do Deputado Roberto Gouveia, que prevê a criação de redes substitutivas de atendimento em saúde mental.

Em 11 de fevereiro de 2000, a Portaria no. 106, do Ministério da Saúde, estabelece sobre a criação de Serviços Residenciais Terapêuticos. Há, aqui, de se observar o fato do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira ter sido um dos pioneiros na implementação deste serviço residencial, chamado na instituição de moradia assistida, desde o ano de 1992.

E por último, em 06 de abril de 2001, a lei no. 10.216, do Ministério da Saúde, finalmente dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, antigo Projeto de Lei Paulo Delgado.

"(...) o primeiro desafio, eu diria, é capacitar mais e mais estudantes de direito e advogados que se interessem pelo tema direitos humanos e de pessoas com transtornos mentais. Eu creio que isso é fundamental, porque, muitas vezes, uma pessoa com transtorno mental está em uma situação de vulnerabilidade, é um ser vulnerável, que

necessita de profissionais como o advogado, que pode lutar pelos seus direitos frente a tribunais nacionais ou frente a tribunais internacionais. Por exemplo, o meu trabalho está muito relacionado e se fundamenta em cortes e comissões internacionais. Porém, em um dado momento, eu também fui estudante, e vi a importância dos estudantes se interessarem por esse tema, e irem, e buscarem as pessoas com transtornos mentais. Nós temos que ir buscá-los. Um outro desafio é esse mesmo trabalho que se faz com estudantes de direitos e com advogados, tem que ser feito com os usuários. Tem que se capacitar os usuários e dar a eles os direitos. Para os usuários terem também, eles próprios, responsabilidades por seus direitos e suas liberdades, irem buscar e reclamarem os seus direitos. Outro desafio é capacitar os usuários sobre o tema direito e dar a eles os instrumentos legais. Um terceiro desafio é influenciar e envolver todos os setores - governo, sociedade civil, usuários e familiares – no sentido de reestruturar os hospitais psiquiátricos. Quer dizer, trabalhar medidas estratégicas, com organizações locais e internacionais para ir transformando o sistema de saúde mental e passar de hospitais psiquiátricos para as residências, casas na comunidade. Isso, a Organização Panamericana de Saúde está fazendo em todos os países da região. Por exemplo, eu viajo para quase todos os países da região com uma equipe, e a mim compete capacitar em direitos humanos as pessoas da área da saúde mental, usuários, Organizações Não Governamentais, a polícia para transformar esse sistema de saúde mental e demonstrar que não se pode exercer direitos humanos dentro das paredes de um hospital. Esse é o desafio: fazer com que os estados e a sociedade civil compreendam que os direitos humanos são exercidos nas ruas, são exercidos na comunidade, e não dentro da comunidade”. (Depoimento de Dr. Javier Vasquez, advogado da OPAS, pág. 4 e 5)

Para concluir o capítulo, reproduzo a declaração de Dr. Willians Valentini, publicado no livro “A Reforma Psiquiátrica no Cotidiano”, no qual ele ressalta o caráter educacional da instituição pesquisada.

"Pode-se ousar dizer que o Candido hoje  uma escola. Escola de negociao, de respeito, de esperana e de confiana. O respeito, a esperana, a confiana e a negociao permanente podem ser experimentados em qualquer lugar. Valorizar e cuidar das palavras, dos sentimentos e das atitudes para a transformao permite fazer com que no se instale o desnimo e que no se sintam so no enfrentamento dos obstculos. Basaglia sabia o que propunha quando criou os dois slogans do processo de transformao italiano: 'a liberdade  teraputica' e 'contra o pessimismo da razo, o otimismo da prtica'. Educar para a convivncia, bem sabia Basaglia,  desafio para otimistas". VALENTINI (2001 : 23 e 24)

CAPÍTULO 4



Lázaro Mori canta música de sua autoria, na gravação do programa Maluco Beleza, 2004 – acervo do autor

SUJEITOS DA PRÓPRIA HISTÓRIA

Começo

A pessoa precisa fazer festa e dançar.
brincadeira – de fazer favela.
brincadeira – de fazer amizade e colega.
brincadeira – de dar nomes para os animais.
brincadeira – de fazer banguê-banguê.
brincadeira – de dar nome para a pessoa.
brincadeira – de dar nome para os animais.
brincadeira – de fazer novela na vida.
brincadeira – de fazer gangue de rua.
brincadeira – de arremedar as vozes dos animais.
brincadeira – de fazer sorteio.
brincadeira – de fazer fogueira.
brincadeira – de fazer barroco.
brincadeira – de fazer desenho em branco.
brincadeira – de colocar roupa igual mendigo.
brincadeira – de fazer igual índio: caçar e pescar, plantar e colher.

A pessoa não precisa fazer escândalo na vida.

brincadeira – de fazer a história pegar graça.

A pessoa tem que ter o pensamento:

E pensar o que vai fazer na vida

brincadeira – de fazer igual criança.

brincadeira – de fazer igual artista.

brincadeira – de fazer igual palhaço de circo, dar risada, fazer graça.

E fazer coisas engraçadas.

A pessoa precisa escutar música romântica.

Conversa com classe, conversa romântica.

brincadeira – de contar história da vida.

brincadeira – de colocar apelido na pessoa.

brincadeira – de fazer plantação em terreno baldio.

brincadeira – de contar história.

brincadeira – de fazer mistério na vida.

brincadeira – de ir ao contrário da vida.

brincadeira – de fazer caso inédito na vida.

A pessoa precisa fazer projeto e semi projeto.

A pessoa precisa sair fora da realidade.

E ir pulando de uma história para a outra.

Daniel Alves Ferreira (29 anos, iniciou seu em tratamento no Cândido Ferreira em 1994, e atualmente está de alta. Teve esta poesia publicada no livro “História Úteis”, lançado em abril de 2005).

Este capítulo, como bem poetiza Daniel Alves Ferreira, pretende mostrar a resistência inteligente¹ dos usuários do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira. O “*ir ao contrário da vida*”, fazendo “*caso inédito na vida*”, realizando “*projeto e semi projeto*”, tem sido uma constante luta na vida da maioria dos usuários do serviço, na tentativa de transformar, de dar novos significados à própria vida, usando a metáfora do próprio poeta Daniel, de fazer “*plantação em terreno baldio*”, tomando a liberdade de interpretar o terreno baldio como a vida dos usuários, que muitas vezes perdeu o sentido devido a tanto descrédito e abandono. Mas como diz o poeta, é preciso plantar neste terreno, e é sobre esta experiência de cultivo de uma nova cultura, deste protagonismo dos usuários do Cândido é que vamos tratar aqui, revelando as formas criativas que foram desenvolvidas pelos usuários e pelos profissionais de enfrentarem e resistirem, e mais que isso, de influenciarem, de forma pró-ativa, a cultura da sociedade.

Transpondo a forma subjugada pela qual os usuários de psiquiatria passaram anos de suas vidas, após a reforma psiquiátrica foi a protagonização como sujeitos da sua própria história, sujeitos de produção, sujeitos de uma cultura peculiar, que vai compartilhar com a sociedade, de maneira a enriquecê-la.

Os usuários conseguiram resistir criativamente, como se resistiu nos campos de concentração, como se resistiu nos quilombos, como se resistem nas favelas, e outros tantos guetos e minorias. As pessoas portadoras de transtorno mental resistiram aos abusos, às experimentações, às formas com que a psiquiatria acreditou serem corretas para se tratar, e hoje tem o que dizer ao mundo, tem o que dizer à sociedade. Faz-se necessário lembrar aqui que o tratamento psiquiátrico manicomial, somado à idade avançada e às complicações clínicas, tirou de alguns a possibilidade de expressão. Muitos usuários perderam a voz, perderam a capacidade de expressar seus desejos, mas outros tantos somaram-se à causa da luta antimanicomial e à reforma psiquiátrica, tornando possível mostrar que esta população não é uma

¹ GUSMÃO, Neusa Maria Mendes de & von SIMSON, Olga R. de Moraes (A Criação Cultural n Diáspora e o Exercício da Resistência Inteligente, in Ciências Sociais Hoje 1989. Anuário de Antropologia, Política e Sociologia. São Paulo, Vértice/Ampoes, 1989)

população passiva, meros bonecos, meras cobaias, e sim produtores de uma cultura que os representa.

No livro “A reforma Psiquiátrica no Cotidiano”, o psiquiatra Willians Velentini, que desempenhou a função de superintendente do Cândido Ferreira no período de 1991 a 2004, relata em seu artigo “Nenhum ser humano será bonsai”:

“Há pouco mais de onze anos, o que a situação do Sanatório ‘Dr. Cândido Ferreira’ oferecia aos seus 194 pacientes e 70 trabalhadores não era diferente das situações que oferece até hoje a imensa maioria dos hospitais psiquiátricos brasileiros: projetos de manutenção de imensos jardins de bonsais, onde todos compartilham um pacto que mantém um estado de ‘aqui não se pode crescer’.

Como se sabe, os bonsais nada mais são do que plantas que foram induzidas a desistir de crescer. Essa desistência é conseguida pela ação humana através de poda, tanto das raízes quanto dos galhos das plantas, já nos primórdios do crescimento. Contribui para isso o plantio em vasos que oferecem pouquíssima área de expansão para o crescimento das raízes.

Ser obrigado a passar o tempo no interior do pátio do hospital psiquiátrico pode ser comparado com a situação dos bonsais. A situação da imensa maioria dos internados em hospitais psiquiátricos assemelha-se à das plantas destinadas a serem bonsais.

Não só os pátios dos hospitais psiquiátricos são jardins de bonsais. Há também salas de aula, áreas de lazer cheias de proibições, condomínios, clubes, associações, sindicatos, escolas, repartições públicas, empresas, governos, igrejas, enfim, campos relacionais nos quais as interações humanas se dão de maneira muito semelhante ao modo de se produzir bonsais. No caso dos hospícios, mas não só neles, a miséria relacional é a ‘pouca terra’, o ambiente controlado, mínimo, miserável, concebido para o impedimento do desenvolvimento das

raízes que compõem a identidade de cada um dos internados".
VALENTINI, Willians (2001 : 11/12)

Em resposta à tanta "poda", em resistência a tanto limite imposto durante anos, ao revés do silêncio, os usuários se tornaram, após a reforma psiquiátrica, sujeitos ativos, com voz própria, donos de criatividade aguçada. Onde o previsível poderia ser a passividade e a perda, brota a criatividade. Mesmo que parte da sociedade ainda não os reconheça como sujeitos ativos, criativos e criadores de uma cultura própria, os usuários de saúde mental estão conquistando seus espaços, tornando-se, hoje, árvores frondosas e frutíferas, mesmo que a passos lentos.

Neste trecho da entrevista com o Sr. Silvio Burza, ele revela:

"Olha, sinceramente, apesar de eu ser um cara extrovertido, eu jamais pensei que eu fosse entrar numa comunicação, porque eu achava que eu tinha uma bagagem que eu pensava assim: Nossa, como que eu vou falar? Eu sou um usuário, a gente já é discriminado, como é que a gente vai falar? Mas Deus prepara tantas coisas, prepara as pessoas em volta da gente, assim como você, como jornalista, que deu essa oportunidade para gente, a gente vê uma pessoa tão carinhosa como a Hebe Rios, que esteve aqui fazendo esse um trabalho de voluntário, onde a gente sentiu um carinho muito especial pelas pessoas e a gente foi se infiltrando devagar, e isso é maravilhoso. A gente foi se libertando, a gente foi na rádio e a gente foi dar palestra na PUC e na Unicamp. E uma outra coisa que eu fiquei mais impressionado, foi quando a gente foi para o fórum em Belo Horizonte quando você disse para a gente: Nós vamos pegar um crachá. Eu pensei que a gente fosse pegar um crachazinho. E quando eu me deparei com aquele crachá, nós éramos jornalistas, nós tínhamos acesso em qualquer lugar. E isso para mim é gratificante. Saber que eu não sou formado em jornalismo, eu só fiz até a oitava série, mas a gente, com essas oportunidades, a gente pode mostrar para as pessoas o que é uma psiquiatria e a gente tem

essa... A gente perdeu esse medo. Como é bom. Isso é gratificante. Essas oficinas de comunicação, independente das outras oficinas que tem aqui, essas oficinas de comunicação. Eu só lamento muitas outras pessoas não adentrarem junto com a gente, porque precisa de mais gente para essas oficinas para que eles possam ajudar a dar esse testemunho e mostrar para as pessoas que a gente vai sair dessa, que a gente consegue sair. Eu fico impressionado quando às vezes eu estou em casa... E outra coisa que eu fico gratificado também é com a nossa jornalista Rita que escreveu um livro. Um livro onde ela recebeu nota na sua formatura e tem os testemunhos da gente. Saber que nós temos testemunho dentro de um livro, isso é muito gratificante". (Depoimento de Silvio Burza, usuário, pág. 4)

O rememorar de Silvio Burza faz referência somente às oficinas de comunicação. A instituição, em parceria com os usuários, desenvolveu, de 1990 para cá, inúmeras técnicas e inovadoras formas de tratar a saúde mental. Em 2005, pode-se contabilizar doze oficinas de trabalho no Cândido Ferreira, além de oficinas livres de cestaria, teatro, almofadas, poesia, contos, artes plásticas e comunicação, referida por Silvio. Cada uma delas será descrita no decorrer do capítulo.

Para melhor compreensão das diversas atividades que os usuários realizam no Cândido Ferreira, faz-se necessário uma explicação sobre a diferença entre as oficinas de trabalho e as outras oficinas. É importante salientar que todas as oficinas realizadas são de trabalho e têm caráter profissionalizante, uma vez que preparam o cidadão para desempenhar uma atividade profissional. Neste caso, usaremos a nomenclatura "oficinas de trabalho" e chamaremos de "oficinas livres", de acordo com a nomenclatura utilizada pela instituição, aquelas voltadas para o aprendizado de um artesanato ou de uma arte.

Oficinas de Trabalho

As oficinas de trabalho são as doze que compõem o Núcleo de Oficinas e Trabalho – NOT. Atualmente, podem ser divididas em quatro segmentos: artesanato, agrícola, culinária e construção civil. Estas oficinas compõem a Associação Cornélia Maria Elizabeth Van Hyckama Vlieg, fundada em 1993, e oferecem cerca de 250 vagas aos usuários da saúde mental da cidade.

“Assim, em fevereiro de 1993, por iniciativa dos profissionais envolvidos no projeto, foi fundada a Associação Cornélia Maria Elizabeth Van Hyckama Vlieg com o objetivo de ser instrumento de respaldo técnico, financeiro e jurídico, estendendo e apoiando as frentes de trabalho propostas, administrando recursos financeiros, organizacionais e políticos. A Associação Cornélia utiliza o espaço do SSCF, em sistema de comodato. Ela é reconhecida como órgão de utilidade pública municipal e estadual, filiada à Federação das Entidades Assistenciais de Campinas – Feac – e ao Conselho Municipal de Assistência Social. Pretende, em parceria com outras instituições e serviços, ampliar e diversificar as frentes existentes e ainda viabilizar a expansão de novas oficinas”. CAYRES, DOMITTI, CARNEVALLI & BIANCHINI (2001 : 106/107)

As oficinas de trabalho têm o objetivo de reabilitar o usuário permitindo que ele volte ao mercado de trabalho. Para tanto, desenvolvem suas atividades inspiradas no molde de um setor de produção. Nelas, os usuários têm horário para entrar e sair, horário de almoço, são avaliados conforme a produtividade, e recebem a bolsa de trabalho, conforme avaliação realizada em grupo, entre os usuários e o profissional responsável pela oficina.

“O trabalho tem sido uma das maneiras de operacionalizar alternativas de intervenção no processo de autonomia (ser governado por si próprio) e a reabilitação dos usuários da saúde mental, buscando consolidar mudanças na qualidade da assistência psiquiátrica. Considera-se que através da oportunidade de trabalhar e ganhar pelo trabalho a pessoa recupera a possibilidade de ampliar seus conhecimentos, suas reflexões, transformar suas ações ou modificá-las diante das necessidades, passando a ser reconhecida como capaz de produzir e estabelecer relações sociais.

Neste sentido, o NOT desempenha duas funções correlatas: de um lado, persegue a profissionalização e de outro, não se furta a atender as necessidades terapêuticas dos usuários. Faz a opção por abordar as duas vertentes, terapêutica e profissionalizante, entendendo que valorizar um aspecto em detrimento de outro traria perdas reais aos usuários”. CAYRES, DOMITTI, CARNEVALLI & BIANCHINI (2001 : 107)

A eficácia nos modos de aliar o tratamento terapêutico ao aspecto profissionalizante é atestada pelo Sr. Silvio Burza, participante da oficina de Culinária:

“Eu vou falar para você, mesmo que você faça um tratamento, pode tomar os melhores remédios que forem, se você não tiver uma ocupação, um trabalho, você não fica bem, você tem que trabalhar. E o bom aqui do Cândido é que ele oferece o trabalho, isso que é interessante. Os hospitais deveriam fazer isso, ter um espaço para trabalho onde você pode dedicar o dia de trabalho, onde você faz uso de medicação, mas você trabalha. Porque é gratificante trabalhar. Além de trabalhar, você tem o seu dinheiro, você pode planejar o que você quer fazer. Agora, já pensou você tomando medicação, dormindo o dia todo e sem trabalho? É péssimo. Então, o que o Cândido faz, essas oficinas, é maravilhoso. Se todos os hospitais psiquiátricos, não só hospitais

psiquiátricos, mas qualquer entidade que faz aí algum tipo de tratamento colocar uma oficina, um trabalho, o trabalho é oitenta por cento da recuperação, sem dúvida”. (Depoimento de Silvio Burza, usuário, pág. 6)

Um diferencial importante entre as “oficinas de trabalho” e as outras é que nas oficinas de trabalho, o rendimento da produção que é comercializada é repartido entre os usuários da oficina, em esquema de cooperativa. Uma parte da venda é revertida para cobrir os insumos e o restante é rateado entre os participantes, o que garante um rendimento aos participantes. Para Silvio Burza:

“O dinheiro que a gente ganha aqui é o seguinte: Varia de oficina para oficina, varia de evento para evento... A gente tira, aproximadamente, aqui uma média de duzentos e vinte, duzentos e oitenta. Tem mês que se chega a tirar até quatrocentos reais. Agora, o que eu faço com meu dinheiro: Eu compro roupas e eu também poupo. Inclusive as pessoas me chamam de mão de vaca, mas a gente tem que poupar um pouco. Eu poupo, tenho meu carrinho. Porque, se eu tenho o meu carrinho, é porque eu poupo, eu consigo administrar o meu dinheiro. E eu espero que, todo mundo sabendo administrar, não vai fazer falta e vai viver bem. Isso é muito bom”. (Depoimento de Silvio Burza, usuário, pág. 10)

A usuária Silvana Borges, ao contar sua trajetória nas oficinas de trabalho do Cândido, ilustra um pouco do funcionamento e da dinâmica do NOT:

“E eu queria trabalhar também, porque eu conversava com as psicólogas que estudavam lá (PUC-Campinas), e que faziam estágio aqui. Elas falavam que havia o NOT, você vai conhecer o NOT, trabalhar

no NOT, e tudo. Então, eu me interessei por essa parte, e vim para cá. A partir do momento que eu vim para cá, eu fiquei trinta e cinco dias internada. Nos primeiros dias, eu fiz uma triagem e já comecei a trabalhar, sem ganhar um tostão. Eu trabalhava das 13h às 15h na gráfica. Eu saía da internação, ia para a gráfica só para aprender o serviço. Quando eu tive alta, eles me propuseram que eu começasse a trabalhar na gráfica. No princípio, assim, quanto que eu vou ganhar? Olha, Silvana, pode ser que você fique como aprendiz, que você não ganhe nada, etc e tal. Eu falei: Eu não quero não ganhar nada, não. Eu me revoltei e fui falar para a minha irmã que eu não ia trabalhar. E minha irmã falou: Tenha calma, não é assim, serviço está difícil, e lá você está aprendendo um serviço. Eu falei está bem.. Aí, eu falei com a Angélica, que era e é a coordenadora da gráfica até hoje, e falei tudo bem, e voltei a trabalhar. Eu comecei a trabalhar, e no primeiro mês eu ganhei trinta reais, eu me lembro até hoje. Então, a partir do segundo mês eu fui letra C, depois eu fui letra B, que era a classificação que tinha. Eu fui subindo até eu ser letra A. E eu fiquei por mais de um ano como letra A, ganhando o melhor salário que tinha na gráfica. Depois da gráfica, surgiu a oportunidade de trabalhar na lojinha que o Cândido Ferreira tinha aqui no centro de Sousas, na galeria, na Maneco Rosa. Eu fiquei trabalhando de vendedora, gerente, administradora da loja. Só tinha eu que trabalhava ali e o Cleiton, que hoje está na construção civil, e que tomava conta do estacionamento. Então, eu tinha toda liberdade de mudar as estantes, as vitrines, decorar do meu jeito, de atender do meu jeito. Então, era assim. As pessoas falavam que eu vendia bem e tudo. Depois, como a loja não estava mais virando... A lojinha tinha já tinha seis anos, e eu fiquei um ano e oito meses lá. Aí, começou a surgir essa coisa da loja nova, de ter uma loja grande no Cambuí. Como estava em reforma ainda a parte da loja, eu fui trabalhar na administração das três oficinas, a gráfica, a velas e o vitral plano, no centro. Eu fui ajudar nas três oficinas, e fiquei um bom tempo ajudando lá. Depois, começou a passar o tempo, e eu fiquei meio sobrecarregada de serviço. Eu não passei muito bem e tive uma outra internação no Cândido Ferreira. Mas quando eu voltei, eu voltei para o estoque, e agora eu estou na

administração do NOT. E essa que é a minha história no Cândido”.
(Depoimento de Silvana Borges, usuária, pág. 8)

O Núcleo de Oficinas e Trabalho é composto por doze oficinas. No segmento de artesanato, encontram-se oito:

- **Oficina de Vitral** - Esta oficina realiza trabalhos artesanais com vitrais, como abajures, porta-velas e arandelas, entre outros, oferecendo 23 vagas².



Sr. Queiroz cria luminária na Oficina de Vitral, dezembro/2004 – acervo do autor

- **Oficina de Vitral Plano** – Realiza trabalhos com vitrais planos como biombos e painéis para casas e igrejas, e oferece 14 vagas.

- **Oficina de Mosaico** – A oficina de mosaico realiza mosaicos com cerâmica produzindo bandejas, porta-retratos, porta-incensos, vasos, mesas, armários, entre outros. A oficina oferece 17 vagas.

² Levantamento do número de participantes realizada junto à instituição em maio de 2005.



Ricardo dos Anjos monta cuidadosamente os mosaicos da Oficina, 2003 – acervo do autor

- **Oficina de Marcenaria** – Esta oficina realiza trabalhos em marcenaria como bandejas, abajures, mesas, cadeiras e móveis em geral. Atualmente, oferece 13 vagas.



Oficina de Marcenaria, 2003 – acervo do autor

- **Oficina de Serralheria** – Nesta oficina, 19 usuários produzem peças em aço, como cadeiras, mesas, porta-velas, entre outros.



Oficina de Serralheria, 2003 – acervo o autor

- **Oficina de Papel Reciclado** – Com a arte de reciclar materiais, os usuários acabam também reciclando a própria vida. O papel artesanal aqui é produzido por 14 usuários.



Usuários distribuem tela de papel reciclado para secagem artesanal, 2003 – acervo do autor

- **Oficina Gráfica** – Com o papel reciclado, 16 usuários produzem nesta oficina cadernos, agendas, cartões diversos e até convites de casamento.

- **Oficina de Velas** – A criatividade desta oficina é de transformar parafina em luz potencial, através de velas. Quinze usuários participam deste processo.

Este segmento de artesanato se agrupou e formou a grife “Armazém das Oficinas”. No ano de 2002, foi fundada a loja, que leva o nome da grife, numa área nobre da cidade, onde se localizam muitas lojas de decoração (Rua Coronel Quirino, 172, Cambuí). Toda produção das oficinas de artesanato é disponibilizada na loja, além de participarem de grandes feiras de decoração como a Gift Fair. A produção realizada pelos usuários ganha espaço cada vez mais ampliado, rompendo assim os muros manicomial do passado.



Loja Armazém das Oficinas, em que os usuários comercializam suas produções, 2005 – acervo do autor

Outro segmento das oficinas de trabalho é o da **construção civil**. Esta oficina realiza desde pequenas reformas até construções propriamente ditas. Aproveitando o saber advindo de muitos operários da construção civil que por hora encontram-se em tratamento, a oficina oferece 18 vagas.

O **projeto parceria** oferece 25 vagas a usuários para desenvolverem suas habilidades nas repartições do Cândido Ferreira, como na lavanderia, na limpeza e alguns setores administrativos.

A **oficina agrícola** é a maior em termos de vagas. Comporta 50 usuários, na sua maioria agricultores que procuraram o serviço para tratamento mental. Esta oficina cultiva hortaliças sem agrotóxico, plantas medicinais utilizadas pela fitoterapia municipal, além de prestar serviços de jardinagem e manutenção a condomínios e chácaras.



Oficina Agrícola, 2003 – acervo do autor

A **oficina culinária** é a mais antiga do NOT. Hoje oferece serviços de buffet, salgados, bolos e refeições. Vinte e cinco usuários participam destes trabalhos.



Oficina Culinária, 2003 – acervo do autor

Pode-se observar que objetos considerados de alto risco aos pacientes na história do tratamento psiquiátrico como vidros, tesouras, facas, serras elétricas, foices, enxadas, depois da reforma psiquiátrica, tornaram-se

ferramentas de trabalho. Uma vez treinados e capacitados, os usuários dão prova de que muitos dos receios dos profissionais de saúde mental somente atestavam o grande preconceito existente em relação à sua capacidade de demonstrar responsabilidade no trabalho.

“Observamos que grande parte de nossa clientela foi submetida a longas internações psiquiátricas, sofrendo os efeitos dos preconceitos em relação à doença mental, com isolamento social, perdendo o vínculo com o trabalho e sentindo-se incapaz de retomar a atividade profissional desempenhada anteriormente ou de iniciar outra. Por essas e outras razões ocorre um prejuízo no convívio social e os doentes mentais acabam por viver na dependência financeira dos familiares ou do Estado. Por meio do trabalho do NOT uma nova cultura de relações é estabelecida, propiciando a reconstituição da subjetividade do indivíduo, ampliando e diversificando as possibilidades de ajuda e de intervenção. As oficinas, funcionando em moldes cooperativistas, tornam-se espaços produtores de sociabilidade, resgatando aspectos da vida em sociedade, favorecendo a comunicação, a autonomia, o contato com a cultura e a aquisição de novos conhecimentos”. CAYRES, DOMITTI, CARNEVALLI & BIANCHINI (2001 : 111)

O tratamento aliado ao trabalho trouxe para Silvana Borges a reconstrução de vínculos de amizade que durante o período de internação ficavam interrompidos. Com os ganhos estabelecidos no NOT, em torno de trezentos e cinquenta reais ao mês, Silvana conta que passou a ajudar nas despesas da casa, em que mora com sua irmã, e desta forma, acredita que acabou interferindo nos modos de como as pessoas se enxergam, sentindo-se mais valorizada socialmente.

“A importância do trabalho é que dignifica a pessoa, que vai fazer a reinserção social, coloca a pessoa de volta ao mercado, de volta à

sociedade, cria elos de amizade, coisas que ficam perdidas durante a internação são colocadas, como o contato com o dinheiro. Porque isso é muito importante. Você fica alienado, você não sabe mais o que é dinheiro. Então, é muito importante essa volta ao trabalho, esse Núcleo de Oficinas de Trabalho. Dignifica muito saber que você pode comprar alguma coisa com aquele dinheiro. No meu caso, eu até ajudo em casa, eu que pago a conta de água, a conta de luz. Eu ajudo em casa com esse dinheiro. Não é muita coisa o que eu ganho, mas já ajuda.

Eu não tinha quase nada, e comecei a ter. Comprar meu batom, comprar meus perfumes, comprar roupas, comprar as coisas que precisavam ser compradas e eu não tinha dinheiro, precisava ficar pedindo para a minha irmã. Eu não peço mais dinheiro para a minha irmã para comprar cigarro. Era a minha irmã que me sustentava com o cigarro, porque eu tenho o vício de fumar. Então, eu compro todo mês, e ela não precisa dar mais, não. Às vezes, quando ela não tem cigarro, ela até fuma do meu. É assim que vira. E ajudo nas despesas de casa, e tudo.

Na família e na vizinhança também mudou, porque se dá mais valor para a pessoa, porque se vê que a pessoa não é um “João-ninguém” que não faz nada, que não está nem aí com nada, que só vive tomando remédio, deitado, dormindo e comendo. Não. Você passa a ser valorizado pela sua família. Não, ele voltou porque ele está afim, porque ele se interessa. Mas aí, o interessante é que também tem esse espaço aqui, porque se não tivesse esse espaço, ficava difícil de ter. Eu só lamento um pouco porque eu tentei estudar e não consegui. Mas isso pode ser para o futuro também”. (Depoimento de Silvana Borges, usuária, pág. 10)

O Núcleo de Oficinas e Trabalho tem uma fila de espera que se assemelha ao número de usuários atendidos pelo projeto. Por conta do desemprego vigente no país, não é raro que pessoas sem problemas mentais procurem o núcleo. Quando isso acontece, são orientados que somente podem participar do projeto pessoas que estão em tratamento mental. Na triagem

realizada para a participação no projeto, o usuário deve vir com um encaminhamento do serviço de saúde que o indicou para a oficina. Uma vez admitido, o usuário faz uma visita pelas oficinas que possuem vagas, antes de fazer sua opção. Mesmo assim, se no decorrer de suas atividades na oficina, o usuário desejar trocar de oficina, ele manifesta o desejo ao coordenador da oficina onde se encontra e tão logo surja a vaga, é realizada a troca.

O caráter profissionalizante destas oficinas, apesar de terapêutico, por vezes, acaba reproduzindo um modelo capitalista em que a produtividade suplanta as necessidades das pessoas por elas assistidas, ou ainda, afasta outras possibilidades de ressocialização, conforme aponta a principal crítica da Terapeuta Ocupacional, que dá o nome à associação fundada para a administração das oficinas, Cornélia Maria Elizabeth Van Hyckama Vlieg, no trecho reproduzido abaixo, ainda muito influenciado pela língua-mãe holandesa:

“Eu tenho um sentimento de muito agradecimento por crescer tanto, por uma parte. Outra parte é um pouco de preocupação. Presta muita atenção à produção, a ser produtor ou ter necessidade, e um pouco menos na sociabilidade. Eu acho isso muito importante, especialmente para esses pacientes.

Vocês não foram fazer as casas numa tentativa de estimular a sociabilidade? Uma festinha uma vez por dois meses. Querem dinheiro, mas mesmo entre si devem fazer, devem organizar. Não precisa estar do outro lado. Com criatividade, dar mais familiaridade às pessoas deficientes mentais. É difícil, e isso traz também preocupação, porque o custo das pessoas que querem ajudar bastante para ver um pouco... Eu acho que a gente não tem que procurar resultados, mas tem que estar contente com qualquer alívio trazido, e que necessita o paciente.

...A produtividade pode ser, não faz mal. Mas ao lado disso temos a falta de divertimento social, de estimular a sociabilidade, seja no divertimento, seja outra coisa. Eu me lembro que nós tivemos só uma vez tempo para fazer isso. E eu estou muito preocupada. Em Sousas, foi uma casa para crianças, adolescentes de mais ou menos dois meses até dezesseis anos. Uma pequena casa com quatorze pessoas, uma família lá. E nós fizemos com várias pessoas, ...nós fizemos brinquedos

para essas pessoas, fizemos de todos os tipos de cores. E, uma vez feitos, perto do Natal, fomos lá para trazer. Porque era muita coisa para trazer. E como o porteiro sabia, nós contamos que alguns desses jovens eram da Febem, vários eram da Febem. E a gente viu também o interesse dos pacientes quando viram e falaram com esses jovens. E pensaram: A gente vive em salas, mas esses estão na situação como eles estavam antigamente. E isso deu um certo apoio para eles, também, porque podiam ajudá-los. E isso estimula a sociabilidade das pessoas.

...O apoio bom é sempre vice-versa. Eu ganhei apoio dos pacientes também, e eles ganharam de mim. Quando é bom, se recebe dos dois lados. E isso foi lá também, a gente viu. Eles ganharam dos adolescentes e das crianças, e as crianças ganharam (deles). Umas mais, porque eles não estavam tão preparados para perceber isso, mas mais a respeito do material que ganharam dos adultos. Foi muito bom". (Depoimento de Cornélia Vlieg, ex-funcionária, pág. 11)

E quando questionada a respeito de um sonho que gostaria de ver implementado no Cândido Ferreira, reforça:

"Um sonho que eu já falei com o senhor a respeito de estimular para os pacientes, especialmente em casas entre si, para estimular a sociabilidade. Entre si, mas também a respeito das outras casas das pessoas iguais ou das bem diferentes como essas crianças, por exemplo.

Atividades para as próprias moradias, mas também para as moradias dos outros como esses pacientes da Febem. Porque a sociedade... Se eles estão na sociedade, incluídos, como nós falamos, eles fazem parte desse problema também de cuidar de todos.

Que eles não sejam somente os que são cuidados, mas que cuidem de outros também. Porque isso dá mais estímulo para viver do que só sendo cuidado". (Depoimento de Cornélia Vlieg, ex-funcionária, pág. 11)

As oficinas livres

Inúmeras formas de cuidar vêm sendo implementadas no serviço desde 1990. As oficinas que não fazem parte do Núcleo de Oficinas e Trabalho têm a mesma seriedade, às vezes, com objetivos profissionalizantes, mas todas têm um caráter de participação mais livre. Todos os usuários podem participar, se sentirem desejo e quando sentirem desejo.

As oficinas desenvolvem atividades de fuxico, cestaria com papel jornal, poesia, ginástica, teatro, artes plásticas, comunicação, entre outras. A produção dos grupos de conto e de poesia transformaram-se no livro “Histórias Úteis”, lançado no mês de abril de 2005.

Este capítulo vai abordar com maior profundidade a oficina de artes plásticas - Espaço 8 Atelier, e das atividades das oficinas de comunicação (Jornal Candura – Espaço Aberto para um Novo Pensamento, oficina de TV e oficina de fotografia) – o programa de rádio Maluco Beleza. A escolha deu-se pelo fato destas atividades existirem há algum tempo na instituição e serem representativas das demais produções de cultura realizadas pelos usuários do serviço, no sentido que sua inserção na sociedade acaba sendo maior, seja através das exposições de artes plásticas, seja pela veiculação de suas mensagens nas ondas do rádio.

Espaço 8 Atelier

O Espaço 8 Atelier foi fundado no ano de 1992, dois anos após a implementação da reforma psiquiátrica. Este atelier de artes é coordenado pelo artista plástico João Bosco, que acabou descobrindo vários potenciais artistas plásticos que estavam incógnitos no Cândido Ferreira, ou outros artistas que posteriormente vieram se tratar no serviço.



Espaço 8 Atelier, julho/2005 – acervo do autor

O objetivo do atelier não é terapêutico em si. Pode parecer estranho quando se afirma isso, mas a arte-terapia tem outras nuances, nas quais se analisa, por exemplo, a obra de arte numa parceria entre os artistas, e um terapeuta, mas raramente se expõe estas obras, uma vez que fazem parte da particularidade do tratamento de cada usuário. A arte-terapia foi o recurso utilizado pioneiramente, no período de 1946 a 1974, pela psiquiatra Nise da Silveira, no Centro Psiquiátrico Pedro II, localizado na cidade do Rio de Janeiro.

O Espaço 8 conta com cerca de 30 artistas plásticos que desenvolvem suas habilidades sobre telas, papel e objetos, de maneira livre. O terapêutico do trabalho acaba sendo um fim, e não um princípio. Nestes treze anos de existência, o atelier já realizou inúmeras exposições de arte pela cidade, em centros culturais, galerias, cafés, restaurantes, museus, bienais... levando a cultura produzida pelos usuários através das obras de arte. Nestes anos, não foram poucas as vezes em que os artistas foram premiados em salões de arte e concursos, nos quais concorriam em pé de igualdade com outros artistas plásticos, que imagina-se, não faziam tratamento psiquiátrico.



Espaço 8 Atelier, julho/2005 – acervo do autor

“Na minha vida de artista plástica, eu já participei como convidado do SINDICON, Sindicato dos Contabilistas, eu já participei de uma exposição legal que teve há uns dois ou três anos atrás, no Centro de Convivência. Eu participo sempre de concurso. Eu não estou tão atuante na área como artista plástica, eu preciso voltar a pintar mais. Eu tenho telas de todos os tamanhos, eu trabalho para quem quiser ver, é só procurar o João Bosco para ver o meu trabalho no atelier, no acervo. E é muito legal, é muito gostoso ser artista plástica, sim, e ter o trabalho reconhecido. Estive vendo Picasso, em São Paulo, dando entrevista lá, e tudo. Achei muito legal o trabalho do Picasso. Agora, se eu não me engano em maio, a gente vai fazer uma exposição lá na Pizzaria Fiducia, no Cambuí, uma exposição coletiva de todos os usuários, de todos os artistas plásticos lá do Atelier Espaço 8. Eu pinto abstrato, pintura abstrata”. (Depoimento de Silvana Borges, usuária, pág. 7)

Já a artista Marlene Diniz transpõe para a tela seu desejo de arrumar um namorado:

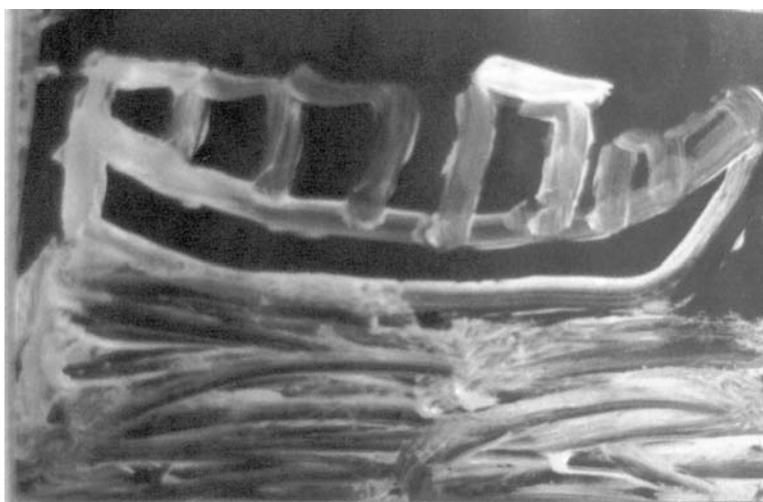
“As pinturas estão tudo lá. Já pinte, estão tudo lá as pinturas. Estou continuando, com o João Bosco. Gosto de pintar.

...Já outra coisa que eu gosto de pintar... Casas de namoro, assim, eu gosto. Namoro dentro de casa é de respeito. Porque a gente não gosta de agir errado. Você sabe de uma coisa? Não? sabe o que essa mulher falou para mim? Se você for arrumar namorado, escolha você mesmo, vocês dois. Você vai lá no quartel. Sabe o quartel?”



Obra de Marlene Diniz, julho/2005 – acervo ao autor

Não é raro o artista transpor para a tela os desejos que traz em si. Fato marcante aconteceu com a artista plástica, até então conhecida como Rita de Cássia. Desde sua inserção no atelier, Rita pintava barcos e traineiras, com mares rebuscados e sempre afirmava ter vindo do mar. Pelo fato de Rita ter chegado à instituição transferida por um hospital psiquiátrico que havia sido fechado na cidade de Americana, e sem nenhuma identificação ou documento, ficava difícil para os profissionais do Cândido Ferreira partirem em busca de seus familiares.



Obra de Rita de Cássia/Maria Aparecida de Oliveira, julho/2005 – acervo do autor

Foi no ano de 1999 que Rita começou a ser alfabetizada na Casa Escola – projeto de parceria com a Secretaria Municipal de Educação – FUMEC. Numa das aulas recordou-se do seu verdadeiro nome: Maria Aparecida de Oliveira. E foi a partir daí que sua família foi localizada numa aldeia de pescadores, na cidade de Guarujá, para onde voltou. Cida/Rita havia sumido de casa após uma depressão pós-parto e nunca mais tinha sido localizada pelos familiares.



Maria Aparecida de Oliveira volta a morar com sua família e se despede de funcionária do Cândido Ferreira, dezembro/1998 – acervo do Cândido Ferreira

Programa de Rádio Maluco Beleza

No Cândido Ferreira, a comunicação está sendo empregada a serviço dos usuários desde 1995. De lá pra cá, alguns produtos de comunicação foram criados pelos usuários do serviço com o objetivo de desmistificar a loucura na sociedade, sendo importantes instrumentos de formação de opinião pública para a diminuição do preconceito e aumento da inclusão social.



Antônia Vicente solta sua voz nos estúdios da Rádio Educativa – acervo do autor

O programa de rádio Maluco Beleza, resultado da parceria entre a Rádio Educativa de Campinas FM - 101,9 Mhz. e o Cândido Ferreira, foi iniciado em maio de 2002. O programa tem uma hora de duração e tem sido veiculado no dia 10 de cada mês, às 10 horas, com reapresentação às 22 horas do mesmo dia. A partir do mês de junho de 2005, quando o projeto completar três anos no ar, o programa passará a ser exibido semanalmente, nos mesmos horários, todas as terças-feiras, com meia hora de duração.

Pela primeira vez os usuários do Cândido passaram a se comunicar num programa de rádio com difusão em grande parte do município, mostrando pontos de vista diferenciados sobre temas da atualidade, sem sofrerem a interferência direta de um jornalista profissional. Este projeto pode ser considerado o ressarcimento de uma dívida social, já que durante muito tempo os usuários da saúde mental foram apresentados pela mídia de maneira preconceituosa e não tinham voz própria nos canais da mídia.

“São coisas que eu conquistei aqui, e que eu não conquistaria. São viagens, são participações, porque eu gosto muito daqui da parte do jornal, da parte da rádio, apesar de não ter atuado muito como

“loucutora” oficial da rádio, do programa Maluco Beleza, são coisas também que eu gosto muito de participar, além do trabalho”.
(Depoimento de Silvana Borges, usuária, pág. 12)

O Maluco Beleza acredita que a comunicação tem papel fundamental no processo de mobilização social para a ressocialização de pessoas marginalizadas pela doença mental. A democratização da comunicação, aqui desenvolvida, permite a produção da própria mensagem, criando um novo paradigma de comunicação. O programa possibilita que a voz de pessoas durante anos marginalizadas, e que permaneceram caladas nos pátios dos manicômios do Brasil, seja agora proclamada, na busca da luta pelos direitos, produzindo cultura, também pelas ondas do rádio. O diferencial da comunicação neste projeto é que os usuários têm voz e são ouvidos. É respeitado seu direito à fala e seu discurso é considerado, mesmo que pareça caótico. A voz que mais tem sido ouvida na instituição é a voz dos usuários, sem que isso signifique desordem, e sim, uma nova ordem.

O programa é produzido e apresentado pelos usuários e veiculado pela Rádio Educativa. Trata-se de uma revista jornalística, com um tema central, geralmente ligado aos direitos humanos. Nestes três anos de programa, muitos temas foram abordados, como Drogas, Fórum Social Mundial, Luta Antimanicomial, Violência, Guerra, Preconceito, Mulher, Crianças, entre outros.

O Maluco Beleza é aberto a todos os usuários da instituição e conta com a participação de um grupo fixo de vinte pessoas, e um grupo flutuante de aproximadamente 5 pessoas. As reuniões semanais realizadas pelo grupo servem para a definição do tema, das pautas, escolha das músicas e distribuição das tarefas. Estes encontros acabam se caracterizando como um importante espaço de debate e aquecimento para a gravação do tema proposto, que é realizada no estúdio da rádio, uma vez ao mês.

O programa é um importante instrumento de formação de opinião pública para a diminuição do preconceito e aumento da inclusão social dos usuários que fazem tratamento no serviço, além de ser um importante canal para esclarecimentos de dúvidas e divulgação dos serviços de saúde mental da cidade.

Com relação aos benefícios que a comunicação traz aos "Jornalistas do Cândido", pode-se destacar a melhora da auto-estima, a capacitação para falar em público, a maior argumentação, a autonomia para a luta pelos seus direitos e a participação social de forma mais ampliada. Na opinião de Silvana Borges,

“Então, na minha opinião é assim, eu acho que a pessoa deve ser tratada com dignidade, com amor, com carinho. Está bem que a pessoa precisa de remédio, ela precisa do psicólogo, precisa de um terapeuta, precisa de tudo isso daí. E precisa ter espaço para poder falar e para poder ser ouvida. É muito importante isso. E aqui a gente consegue isso, a gente tem a coisa da fala, as pessoas ouvem as coisas que a gente fala, deixam a gente falar, se expressar. A gente tem teatro, a gente tem várias maneiras, as oficinas de comunicação é uma delas. Quem diria que um dia, eu chego em casa e falo: Bom dia, senhores ouvintes da 101,9 FM, Rádio Educativa, programa Maluco Beleza, o programa para quem tem a cabeça no lugar. Aqui quem voz fala é a sua “locutora” oficial, Silvana Borges. Então, essa coisa assim... O pessoal tira sarro, dá risada, brinca. Como é que é mesmo, Silvana, que você fala na rádio? É assim. Mas eu estou falando numa rádio, uma rádio FM, não é uma rádio qualquer, não é nenhuma rádio alternativa, é uma rádio oficial, uma rádio FM. Quer dizer, de repente, eu cheguei num ponto que ninguém ia imaginar que eu ia chegar. Então, tem a tia que aparece na televisão dando entrevista, as crianças ficam: Olha, a tia Sil apareceu na televisão, vamos ver, vamos assistir. Outro dia, eu dei uma entrevista nesta sala mesmo para, o último lugar que eu dei foi para a Bandeirantes, para estar falando de como é que era, como é que foi o meu tratamento, o que aconteceu comigo, porque é que eu estou aqui. Isso que eu estou fazendo aqui, hoje. E no outro dia, à noite, eu ia assistir o programa, o jornal, mas não passou. Ia passar às 7h30 da manhã. Minha irmã acordou cedo e assistiu a entrevista. Ela disse que foi muito legal a entrevista, ela gostou muito. Então, minha família acompanha tudo em que eu apareço, tudo o que acontece comigo”.
(Depoimento de Silvana Borges, usuária, pág. 8)

Algumas pessoas que no início do projeto não conseguiam articular uma frase completa, hoje se colocam nas reuniões do Cândido com clareza bem maior. A identidade dos usuários envolvidos no projeto também tem se mostrado de outra forma. Pessoas que ao se apresentar em público diziam ser "pacientes do Cândido Ferreira", hoje, com orgulho, se apresentam como "repórteres, jornalistas e locutores do Maluco Beleza".

O grupo realizou três grandes coberturas para o programa. Duas em Porto Alegre, nos anos de 2003 e 2005, sobre o 3º. e 5º. Fóruns Sociais Mundiais, e outra em Belo Horizonte, no ano de 2003, sobre o I Fórum Social Brasileiro. As experiências marcaram o reconhecimento público dos "jornalistas", que receberam uma credencial de "imprensa" e tiveram acesso a todas as entrevistas coletivas, à sala de imprensa, computadores, materiais destinados à mídia, enfim, foram realmente tratados como jornalistas cobrindo um grande evento.

"Por enquanto, cobri só um fórum, em Belo Horizonte. E é muito gratificante a gente saber, como usuário, que a gente pôde representar o Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira. E é gratificante porque a gente pôde discutir muitos assuntos e onde a gente pôde mostrar que nós somos capazes, para que esse preconceito seja eliminado. E isso é motivo de muito alegria. Agora, a gente está aguardando o dia vinte e cinco de janeiro, porque a gente vai para o fórum em Porto Alegre. É fórum do que mesmo? ... Fórum Social Mundial. A gente está muito ansioso para ver a hora de chegar". (Depoimento de Silvio Burza, usuário, pág. 2)

O grupo tem realizado coberturas e participações importantes. Além dos fóruns citados, em 2003, esteve presente em Brasília para o lançamento do projeto de Lula para os portadores de transtorno mental - "De volta para casa". Além disso, o grupo já realizou palestras aos estudantes de Jornalismo da

Pontifícia Universidade Católica de Campinas e para estudantes de Pedagogia da Unicamp.

“Em Porto Alegre, foi o seguinte: Foi no ano de 2003. Eu tinha acabado de sair de uma crise, e queria muito ir para Porto Alegre para estar indo para o Fórum Social Mundial. E apostaram no meu potencial, você, a Rita e tudo, que ia dar certo. Não, pode deixar que, se acontecer alguma, coisa a gente está lá, a gente se vira, a gente sabe que lá tem condições. Os médicos, eu acho que não acreditavam muito, não, achavam que poderia dar algum problema, eu ter uma crise forte lá. Mas não, eu fui e acho que me esforcei bastante para estar participando, para estar correndo atrás das notícias, para estar fazendo o meu trabalho lá. E eu acho que foi muito bem feito. Porque você veja, para quem tinha acabado de sair de uma crise, começar em uma cidade grande, e saber que tem compromissos, que não está aquilo ali para brincadeiras, acho que é muito enriquecedor isso. Confiaram em mim para ser uma jornalista, uma jornalista entre aspas, mas uma jornalista, porque a gente foi como repórter, como jornalista credenciado e tudo, e num evento muito grande, uma coisa muito grande. E eu, no meu caso, tinha acabado de sair de uma crise, eu tinha ficado internada, tinha passado Natal, Ano Novo dentro do hospital, e tudo. E chegou o começo de janeiro, eu fui viajar para Porto Alegre, e isso foi muito gratificante, de muito agrado para mim, porque teve pessoas que confiaram em mim, no meu potencial. E lá, eu não tive nenhuma crise (de choro), só quando eu vi a moça na camisa de força, no teatro lá”. (Depoimento de Silvana Borges, usuária, pág. 10)

CONCLUSÕES

A pesquisa se propôs a investigar sobre os possíveis ganhos dos idosos do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, depois da reforma psiquiátrica, chega ao seu final, após coletar e interpretar depoimentos de onze idosos que viveram estes dois momentos de tratamento mental, e complementá-la com depoimentos de doze informantes colaboradores que acompanharam parte desse processo de mudança, chegando-se a algumas conclusões.

A colaboração dos idosos depoentes foi fundamental para a reconstrução da memória desta população, que se encontrava subterrânea, e passa a partir de então a constituir parte da memória coletiva, por meio da pesquisa.

Pela pesquisa pode-se perceber que a maioria dos idosos do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira teve ganhos na fase da velhice de suas vidas, uma vez que a reforma psiquiátrica se implantou em 1990, ano em que esta população conquistou direitos e cidadania, já na velhice. Muitos foram morar em “residências terapêuticas”, localizadas em bairros da cidade; obtiveram documentação; conquistaram o Benefício de Ação Continuada, concedido pelo Governo Federal; puderam iniciar curso de alfabetização para adultos; tiveram oportunidade de se inserir em oficinas de trabalho profissionalizantes oferecidas pela instituição, entre outros benefícios que estimularam a inclusão, a participação e o convívio social.

Apesar disso, parte da população idosa da instituição, cerca de 40 pessoas, possui um comprometimento psiquiátrico grave, e ou se encontra com problemas clínicos de saúde, que somados ao comprometimento mental, inviabiliza a implementação das novas formas de tratamento da “loucura”. Os recursos públicos disponíveis para implementação de residências de alta complexidade, que proporcionassem mão-de-obra especializada e equipamentos clínicos necessários para atender a demanda desta população, são escassos, e porque não dizer, inexistentes, obrigando estes idosos a continuarem sendo atendidos em esquema asilar, perpetuando a institucionalização psiquiátrica.

Desta forma, pode-se ousar afirmar que a reforma psiquiátrica se efetivou para muitos idosos, que obtiveram ganhos com sua implementação. Contudo, para esses 40 idosos acometidos de outras enfermidades clínicas, a reforma veio tarde demais, não havendo tempo hábil para que usufríssem de seus benefícios.

Sujeitos, agora, da própria história, na maioria dos casos os usuários demonstram um grande poder de resistência e de superação dos problemas pessoais e daqueles impostos por um modo de cuidar em saúde mental, que durante muitos anos não foi adequado. Após a reforma psiquiátrica tornam-se sujeitos produtores de cultura e conseguem transmitir essa cultura por meio das artes, do artesanato, do programa de rádio, do jornal impresso, entre outros, denotando uma participação social ativa.

Os idosos da instituição, na sua grande maioria, não são inconscientes quanto aos processos pelos quais passaram ao longo de suas vidas. Conscientes de como adoeceram e do percurso que tiveram, analisam, vislumbram e sonham. A partir dessa reflexão pessoal, alguns usuários se conscientizaram da necessidade de se mobilizarem para a criação de uma associação, através da qual possam organizar a luta pelos seus direitos e garantir os já conquistados. Essa militância prevê a inclusão da luta pelos idosos que perderam a capacidade de expressão por causa das seqüelas dos antigos tratamentos, somados à idade avançada e aos problemas de saúde dela advindos. Apesar da constatação do desejo de criação de uma associação de usuários, por parte da população atendida pela instituição, a mobilização entre eles é pequena, denotando um protagonismo ainda reduzido no tocante a criação da associação. Algumas iniciativas já foram realizadas, no sentido de se organizarem para garantirem a manutenção dos direitos adquiridos e a ampliação desses direitos aos futuros usuários, porém a manutenção dos encontros para a criação, de fato, dessa associação, não aconteceu até o momento.

A pesquisa mergulhou neste universo institucional e nele buscou os ganhos dos idosos do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, tomando como marco e período comparativo, o antes e o depois da reforma psiquiátrica, em implementação na instituição desde 1990. Há de se considerar que essa pesquisa não esgota a relação entre o processo de envelhecimento dessa

população e a reforma psiquiátrica no Cândido Ferreira. Temas lacunares estarão abertos para futuros pesquisadores, que poderão se debruçar sobre outros enfoques e sob outros prismas, na abordagem do mesmo tema, que não se esgota. Aqui fica um apontamento de algumas sugestões para futuras pesquisas, como:

- avaliação dos novos modos de cuidar do idoso em residências terapêuticas;
- avaliação dos impactos da reforma psiquiátrica sobre as famílias de usuários de saúde mental;
- políticas de obtenção e de aplicação dos recursos financeiros para a prática de uma reforma psiquiátrica, e
- política de concessão de benefícios aos idosos atendidos.

Apesar destas áreas ainda não abordadas na presente dissertação, preencheremos uma demanda crescente, tanto dos colaboradores como dos usuários, de conhecer os resultados desta investigação, realizando palestras para esses dois grandes grupos de parceiros na realização da mesma, acreditando que a discussão possa levar à incorporação dos resultados na luta pelo direito de um envelhecimento com qualidade de vida para a população portadora de transtornos mentais.

Por último, fica o desejo de que essa pesquisa sirva de fomento para novos pesquisadores e novos mergulhos, num tema ainda carente de reflexão científica.

BIBLIOGRAFIA

AMADO, Janaína. *O Grande Mentiroso: Tradição, Veracidade e Imaginação em História Oral*. in *História*, São Paulo, 1995.

BARTHES, Roland. *A Câmara Clara*. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1980.

BERQUÓ, Elza. *Considerações sobre o Envelhecimento da População no Brasil*, in *Velhice e Sociedade*. DEBERT, Guita & NERI, Anita (orgs). Campinas, Papirus, 1999.

BOSI, Ecléa. *Memória e Sociedade – Lembrança de Velhos*. São Paulo, Companhia das Letras, 1994.

BRIOSCHI, Lucila & TRIGO, Maria Helena. *Família: Representação e Cotidiano. Reflexões sobre um trabalho de Campo*. São Paulo, CERU/CODAC/USP, 1989.

BRUNO, Fabiana. *Retratos da Velhice - um duplo percurso: metodológico e cognitivo*. Dissertação de Mestrado IA/Unicamp, Campinas/SP, 2003.

CAYRES, Cleusa Ogera; DOMITTI, Ana Carla P.; CARNEVALLI, Maria Eugênia Carvalho & BIANCHINI, Valéria A. dos Santos. *O Desafio da Reabilitação Profissional*. in *A Reforma Psiquiátrica no Cotidiano*. HARARI Angelina & VALENTINI, Willians (orgs). São Paulo, Hucitec, 2001.

CONSTITUIÇÃO FEDERAL BRASILEIRA.

CUNHA, Maria Clementina Pereira. *O Espelho do Mundo*. São Paulo, Editora Paz e Terra, 1988.

DEBERT, Guita Grin. *Pressupostos sobre a Reflexão Antropológica sobre a Velhice*, in *Antropologia e Velhice*. DEBERT, Guita Grin (org). Campinas, Textos Didáticos, no. 13, IFCH/Unicamp, 1998.

DECLARAÇÃO Universal dos Direitos Humanos, artigo 6º, 1948.

ESCRITORES do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira. *Histórias Úteis*. Campinas, Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, 2005.

FOCAULT, Michel. *História da Loucura*. São Paulo, Editora Perspectiva S.A., 2003.

GIGLIO, Zula Garcia & von SINSOM, Olga Rodrigues de Moraes. *A arte de recriar o passado: História Oral e Velhice bem-sucedida*. in *Desenvolvimento e Envelhecimento – perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas*. Campinas, SP, Papirus, 2001.

GOFFMAN, Erving. *Manicômios, Prisões e Conventos*. São Paulo, Editora Perspectiva, 2003.

GUSMÃO, Neusa Maria Mendes. *Infância e Velhice: desafio da multiculturalidade*, in *Infância e Velhice – pesquisa de idéias*. GUSMÃO, Neusa Maria Mendes (org). Campinas, Editora Alínea, 2003.

KOSSOY, Boris. *Fotografia e Memória: reconstituição por meio da fotografia*, in *O Fotográfico*, SAMAIN, Etienne (org). São Paulo, Hucitec, 1998.

LEITE, Míriam L. Moreira. *Imagens e Contextos*, in Boletim Centro de Memória UNICAMP, v.5, n. 10, Campinas, 1993.

MASCARENHAS, Andréia. *Os Excluídos da História - 75 anos do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira*. Campinas, Catálogo de Exposição, 1999.

MERCADANTE, Elisabete. *A Identidade e a Subjetividade do Idoso*. São Paulo, Revista Kairós, 1998.

NERI, Anita Liberalesso. *Prefácio*, in *Infância e Velhice – pesquisa de idéias*. GUSMÃO, Neusa Maria Mendes (org). Campinas, Editora Alínea, 2003.

NERI, Anita Liberalesso. *Teorias Psicológicas do Envelhecimento*, in *Tratado de Geriatria e Gerontologia*, FREITAS, E.; PY, L.; NERI, A.L.; CANÇADO, F.A.X.; GORZONI, M.L. & ROCHA, S.M. (orgs.). Rio de Janeiro, Editora Guanabara Koogan S.A., 2002.

PAPALÉO NETTO, Mateus. O Estudo da Velhice no Século XX: Histórico, Definição de Campo e Termos Básicos, *in* Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro, Editora Guanabara Koogan S.A., 2002.

PASSOS, Benedito da Cruz. *Retrospecto da Vida do Sanatório Dr. Cândido Ferreira (Ex-Hospital de Dementes de Campinas)*. Campinas, Empresa Gráfica e Editora Palmeiras Ltda, 1975.

POLLAK, Michel. *Estudos Históricos*. Rio de Janeiro, vol 5, no. 10, 1992.

POLLAK, Michel. *Memória, Esquecimento e Silêncio*. Estudos Históricos, Rio de Janeiro, vol. 2, n. 3, p. 3-15, 1989.

RUEDA, Eliana Cristina; SILVA, Sandra Denise; Centro de Estudos Rurais e Urbanos – USP & Centro de Memória Unicamp. *Campinas: panorama histórico e sócio-cultural no período 1890-1950*, In Boletim do Centro de Memória – Unicamp. Campinas, v.6, n. 11, jan/jun, 1994.

SAMAIN, Etienne. Um Retorno à Câmara Clara: Roland Barthes e a antropologia visual, in O Fotográfico, SAMAIN, Etienne (org). São Paulo, Hucitec, 1998.

SILVA, Kleber Pinto. *Planos Urbanos, Legislação Urbanística e Forma Urbana: Campinas, um estudo*, In Boletim do Centro de Memória – Unicamp. Campinas, v.6, n. 11, jan/jun, 1994.

SIQUEIRA, Maria Eliane Catunda. *Teorias Sociológicas do Envelhecimento*, in *Tratado de Geriatria e Gerontologia*, FREITAS, E.; PY, L.; NERI, A.L.; CANÇADO, F.A.X.; GORZONI, M.L. & ROCHA, S.M. (orgs.). Rio de Janeiro, Editora Guanabara Koogan S.A., 2002.

VALENTINI, Willians. *Nenhum Ser Humano Será Bonsai*, in *A Reforma Psiquiátrica no Cotidiano*. HARARI Angelina & VALENTINI, Willians (orgs). São Paulo, Hucitec, 2001.

VALENTINI, Willians. *Os Excluídos da História*. Campinas, Catálogo da Exposição comemorativa dos 75 anos do Serviço de Saúde “Dr. Cândido Ferreira”, 1999.

VICENTE, Cenise Monte. *Reflexões sobre os Procedimentos Institucionais com a Memória Individual e com a Memória Institucional em duas Instituições totais: Manicômio Judiciário do Estado de São Paulo e Hospital do Juqueri*. São Paulo, Dissertação de Psicologia da USP, 1988.

von SIMSON, Olga Rodrigues de Moraes. in *Arquivos, Fontes e Novas Tecnologias para a História da Educação* / Luciana Mendes e Faria Filho (org). Bragança Paulista/SP, Universidade São Francisco, 2000.

von SIMSON, Olga Rodrigues de Moraes. *Depoimento Oral e Fotografia na Reconstituição da Memória Histórico Sociológica: Reflexões de Pesquisa*. Campinas, Editora da UNICAMP, 1990.

von SIMSON, Olga Rodrigues de Moraes. *Imagem e Memória*. in *O Fotográfico*, SAMAIN, Etienne (org). São Paulo, Hucitec, 1998.

von SIMSON, Olga Rodrigues de Moraes. *Depoimento Oral e Fotografia na Reconstrução da Memória Histórico-Sociológica: Reflexões de Pesquisa*, in *Boletim do Centro de Memória UNICAMP*, v. 3, n. 5, Campinas, jan/jun 1991.