

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA

LUIZA MORENA ALVES LOPES

SUJEITOS LOUCOS E PRÁTICAS DE MOBILIDADE:
UMA PROPOSTA DE ESTUDO COMPARADO SOBRE OS MODELOS DE
ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL

BELO HORIZONTE

2018

LUIZA MORENA ALVES LOPES

SUJEITOS LOUCOS E PRÁTICAS DE MOBILIDADE:
UMA PROPOSTA DE ESTUDO COMPARADO SOBRE OS MODELOS DE
ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Sociologia.

Orientador: Profa. Ana Marcela Ardila Pinto

Linha de Pesquisa: Sociologia Urbana e das Populações.

Área: Sociologia Urbana

BELO HORIZONTE

2018

301 Lopes, Luiza Morena Alves.
L864s Sujeitos loucos e práticas de mobilidade [manuscrito] :
2018 estudo comparado sobre os modelos de atenção em saúde
 mental / Luiza Morena Alves Lopes. - 2018.
 273 f. : il.
 Orientadora: Ana Marcela Ardila Pinto.

 Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Minas
 Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas.
 Inclui bibliografia.

 1. Sociologia – Teses. 2. Reforma psiquiátrica - Teses..
 3. Mobilidade social - Teses. I. Ardila, Ana Marcela
 II. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de
 Filosofia e Ciências Humanas. III. Título.

ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO

LUÍZA MORENA ALVES LOPES

Aos 29 (vinte e nove) dias do mês de junho de 2016 (dois mil e dezoito), reuniu-se a Banca Examinadora de Defesa de Dissertação de Mestrado, intitulada: "SUJEITOS LOUCOS E PRÁTICAS DE MOBILIDADE: UMA PROPOSTA DE ESTUDO COMPARADO SOBRE OS MODELOS DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL", a banca foi composta pelos professores doutores **Ana Marcela Ardila Pinto** (Orientadora- DSO/UFMG), **Elaine Meire Vilela** (DSO/UFMG), **Ana Marta Lobosque** (ESP-MG) e **André Dumans Guedes** (UFF).

Procedeu-se a arguição, finda a qual os membros da Banca Examinadora reuniram-se para deliberar, decidindo por unanimidade pela:

Aprovação *tf, f*
Reprovação da Dissertação (

Para constar inscrita a presente ata, datada e assinada pelos examinadores.

Belo Horizonte, 29 de junho de 2016.

C: n o 10\o Yu2_lo1 A- iio 1 nru

Prof. **Ana Marcela Ardila Pinto** (Orientadora- DSO/UFMG)


Prof. **Dra. Elaine Meire Vilela** (DSO/UFMG)


Prof. **Dra. Ana Marta Lobosque** (ESP-MG)


Prof. **Dr. André Dumans Guedes** (UFF)

Eu dedico esse trabalho a todos os usuários que estiveram internados na Clínica Serra Verde, em especial a Tereza de Fátima Martins, *in memoriam*, que num ato de ousadia, coragem e angústia se encontrou com a cidade em uma de suas formas violentas, tendo nos deixado antes que pudesse receber a alta do Hospital Transitório.

AGRADECIMENTOS

Essa pesquisa surgiu de uma experiência de trabalho, do meu primeiro trabalho na saúde mental e na Rede de Saúde Mental de Belo Horizonte. De alguma maneira, os encontros que eu pude viver nessa primeira experiência me levaram para lugares e tempos que eu ainda não tinha vivenciado. Por isso, agradeço em primeiro lugar a todos os usuários que estiveram internados na Clínica Serra Verde, especialmente àqueles que foram transferidos para o Hospital Psiquiátrico Transitório. A essas 149 pessoas, agradeço do fundo do meu coração, por terem, com tanta sabedoria, me permitido chegar perto, adentrar em suas vidas, compartilhar alguns projetos, mas também por terem adentrado elas na minha vida, me transformando de maneira tão intensa e potente. Agradeço pelos ensinamentos logo no começo da minha carreira profissional, marcando profundamente a forma como eu vejo o mundo e a forma como eu me posiciono para a sua construção.

Logo em seguida eu agradeço aos integrantes da Equipe de Desinstitucionalização de Belo Horizonte, pelo encontro vivo, afetuoso e afetado, inventivo e feliz que tivemos e que, talvez, por essas características tenha nos permitido levar a cabo um trabalho tão duro, sem perder a ternura jamais! Um grande saúdo a esses fechadores de manicômio, que levo dentro do peito: Felipe Arthur, Izabela Lopes, Carol Oliveira, Bárbara Ferreira, Flávia Diotaiutti, Adriana Queiroz, Dalila Ribeiro, Sheila Leite!

Também não posso deixar de agradecer a algumas pessoas da rede de saúde mental de BH que foram muito importantes nesse processo, como Miriam Abou-yd e Rosimeire Silva, *in memoriam*, Ana Marta Lobosque e os companheiros do Movimento de Trabalhadores da Rede de Saúde Mental de BH, Eliza, gerente do Centro de Convivência Carlos Prates, Elaine e Neuzinha professoras da EJA, Renato Franco. Agradeço também à equipe da Coordenação de Saúde Mental de BH, na pessoa de Amor Trindade, pela recepção a esse projeto. Às coordenadoras dos SRT que participaram dessa pesquisa, Marcela Marques, Izabella Mello e Alice Portugal, obrigada pela confiança e disponibilidade.

Aos profissionais do Hospital Sofia Feldman, agradeço pelo trabalho conjunto, pelas discussões e construções que foram possíveis. Em especial à Bárbara Carvalho,

Vinicius Biassiti, Emerson de Paula, Mara Andrade, Jane Marcelina, Verinha, Luiza Furtado, Luiz Henrique, José Ronaldo, Jaque, pela disponibilidade em contribuir para essa pesquisa.

Agradeço muito e com bastante emoção, aos trabalhadores, moradores e frequentadores do bairro Carlos Prates, sobretudo dos entornos da Pracinha São Francisco de Chagas que durante o tempo de existência do Hospital Transitório viveram conosco a experiência dos primeiros (re)encontros dos usuários com a rua, com o comércio, com as pessoas, com os meios de transporte, com as ofertas de comida, enfim, com tudo aquilo que não havia no mundo de dentro do hospital. Esses encontros não foram sempre fáceis, mas foi bonito ver a disponibilidade para o diálogo e para a construção conjunta do que, ao final, se configurou como a nossa convivência diária por um tempo.

Aos professores, secretária, colegas e amigos do Programa de Pós-Graduação em sociologia da UFMG, em especial à Nat, Tito, Daniel e Gabi, agradeço pela acolhida, paciência, desabafos e apoio mútuo. Também sou grata aos amigos e colegas do Centro de Estudos Urbanos – CEURB pelas possibilidades de produções coletivas e por me ajudarem, com tanta generosidade, a refletir sobre a pesquisa que eu estava desenvolvendo.

Um saúdo especial à Ana Marcela Ardila Pinto, orientadora querida, que modulando seus ritmos de presença e ausência me ensinou muito sobre o mundo acadêmico, mas sobretudo, sobre mim e sobre o que eu poderia produzir. Obrigada por apostar, desde antes de esse projeto existir como um projeto, que era possível, interessante e válido fazer os entrelaces que fizemos aqui.

Agradeço à CAPES pelo financiamento que viabilizou essa pesquisa.

Quero também agradecer aqui a algumas pessoas que me ajudaram a lembrar, durante o meu percurso de pesquisa, que a vida no mundo de fora da academia é tão importante quanto à do mundo de dentro: à minha mãe por se emocionar comigo durante o processo de pesquisa, por me lembrar, sempre e a todo instante, que a leveza podia ser a minha guia durante esse percurso criativo! Ao meu pai, pelo modo insistente e tenaz com que, vivendo a vida, me ensina a mergulhar nesse mundão! Ao meu irmão, que com o seu incrível senso de humor me provoca a sair do eixo, sacode as minhas certezas e me acolhe, num abraço que parece maior do que a gente mesmo.

Agradeço à minha família, por estar perto, mesmo comigo estando distante. Em especial a algumas mulheres, como minha avó Aparecida e minha madrinha Ângela por

serem essa presença delicada e acolhedora e por não me cobrarem nada em troca: esse tipo de amor gratuito fez toda a diferença no meu processo de pesquisa! Ao meu avô Luiz, aos meus avós paternos, Nelson e Terezinha, *in memoriam*, aos primos e primas, tios e tias que nos encontros me proporcionaram importantes momentos de relaxamento e diversão. Agradeço pelos cuidados do corpo e da mente que me ofertaram também meus familiares: Euder com suas bolinhas mágicas, Gutinha com as conversas sobre o mundo acadêmico e ajuda importantíssima com o COEP, Cris e Eugênia pelos bons momentos assistindo futebol ou proseando em volta da mesa e a todos os outros familiares que eu ganhei, depois que casei!

Me sinto sortuda, no meu caminho fiz amigos valiosos e que não me faltaram durante esse percurso! Agradeço nas pessoas de alguns, a todos! Dedé, Lê, Davi, Benja, Thai, Tatá, Rafa, Zoca, Cecília, Bibi, Gábi, Lia, Carol, Clarinha e Jonas pela presença amorosa, festeira, positiva, confiante: obrigada pela acolhida como se a gente já se amasse de outros carnavais! Às queridíssimas amigas da T.O., em especial à Maíra Porã, Paola Tavares e Amanda Arruda, com as quais divido dores e delícias do trabalho na saúde mental; aos amigos e companheiros da Unidade de Acolhimento Transitório Adulto pela presença instigante e acolhedora com a qual me acompanharam nessa jornada!

Por último, tendo me alongado já bastante, mas sem querer economizar nessa hora tão emotiva, agradeço ao Luís, pelo companheirismo nesse percurso, me alimentando cotidianamente com comida e amor!

“Que é necessário sair da ilha para ver a ilha,
que não nos vemos se não nos saímos de nós,
Se não saímos de nós próprios, queres tu
dizer [...]”.

José Saramago, no livro *O conto da
ilha desconhecida*.

RESUMO

A Reforma Psiquiátrica Brasileira, iniciada no final da década de 80, promoveu, juntamente com o movimento social da Luta Antimanicomial, uma mudança na forma de tratamento às pessoas com sofrimento mental, levando à construção, no âmbito do Sistema Único de Saúde, de um novo Modelo de Cuidado em Saúde Mental, conhecido como Modelo Substitutivo. Com essa mudança, as pessoas com sofrimento mental passaram a experimentar formas diferentes de regulação das suas mobilidades: se antes eram impedidos de circular pela cidade, são agora compelidos a usá-la, gerando com isso desafios. Na transição do Modelo Manicomial para o Modelo Substitutivo, a cidade de Belo Horizonte viveu uma situação inédita com a criação de um Hospital Psiquiátrico Transitório, equipamento intermediário entre esses dois Modelos, destinado a iniciar o processo de desinstitucionalização de seus internos. Diante disso, a pesquisa pretende identificar as práticas de mobilidade e os diferenciais de acesso aos bens e serviços da cidade de usuários que estiveram internados nesse Hospital Transitório e que recentemente, receberam alta e moram em Serviços Residenciais Terapêuticos - SRT, equipamentos do Modelo Substitutivo. A identificação dessas práticas serviu como baliza para o estudo comparado dos dois modelos em questão, permitindo reflexões tanto sobre mobilidades nos espaços internos dos equipamentos como nos espaços externos a eles. Para tanto, foram realizados Grupos focais e entrevistas com trabalhadores do Hospital Transitório, entrevistas em profundidade com profissionais dos SRT, observação do cotidiano dos moradores e sombreamento de suas práticas de mobilidade em seus percursos cotidianos. O resultado do estudo evidencia: a) o predomínio das mobilidades e deslocamentos nos espaços dos equipamentos; b) a comida como um importante disparador da mobilidade tanto interna quanto externa; c) o acesso ao dinheiro como determinante para a realização de práticas de mobilidade nos espaços da cidade; d) os deslocamentos fora dos equipamentos caracterizados pela proximidade dos destinos e por serem feitos a pé; e) restrição ao uso do sistema de transporte público e f) inequidade ao acesso desses sujeitos à cidade. Por outro lado, foi observado também que a mobilidade pela cidade pode exercer um efeito de autonomia, pela possibilidade de governança do próprio tempo e destino que gera.

Palavras chave: Mobilidade; Práticas de mobilidade; Saúde Mental; Desinstitucionalização; Hospital Psiquiátrico Transitório

ABSTRACT

The Brazilian Psychiatric Reform, begun in the late 1980s, promoted, along with the social movement of the Anti-Manicomial Struggle, a change in the way of treating people with mental suffering, leading to the construction, within the Unified Health System, of a new Model of Mental Health Care, known as Substitute Model. With this change, people with mental suffering began to experiment with different ways of regulating their mobilities: if they were previously prevented from traveling around the city, they are now compelled to use it, thus generating challenges. In the transition from the Manicomial Model to the Substitutive Model, the city of Belo Horizonte lived an unprecedented situation with the creation of a Transitory Psychiatric Hospital, an intermediate equipment between these two Models, aimed at initiating the process of deinstitutionalization of its inmates. Thereby, the research intends to identify the mobility practices and the differentials of access to the goods and services of the city of users who were hospitalized in this Transitory Hospital and who were recently discharged and live in Residential Therapeutic Services - SRT, equipment of the Substitutive Model. The identification of these practices served as a beacon for the comparative study of the two models in question, allowing reflections on both the internal spaces of the equipment and the spaces external to them. For that, focus groups and interviews with Transitory Hospital workers were conducted, in-depth interviews with SRT professionals, observation of the daily life of the residents and shadowing of their mobility practices in their daily journeys. The result of the study evidences: a) the predominance of the mobilities and displacements in the spaces of the equipment; b) food as an important trigger of both internal and external mobility; c) access to money as a determinant for the accomplishment of mobility practices in the spaces of the city; d) the displacements outside the equipment characterized by the proximity of the destinations and by being made on foot; e) restriction to the use of the public transport system and f) a strong inequity in the access of these subjects to the city. On the other hand, it was also observed that the mobility by the city can exert an effect of autonomy, by the possibility of governance of the own time and destiny that it generates.

Key-words – Mobility, Mobility Practices, Mental Health, Deinstitutionalization; Transitional Psychiatric Hospital

LISTA DE ABREVIATURAS

ASUSSAM/MG – Associação dos Usuários dos Serviços de Saúde Mental de Minas Gerais

BH – Belo Horizonte

CAPS – Centros de Atenção Psicossocial

CERSAM – Centro de Referência em Saúde Mental

CERSAM/AD – Centro de Referência em Saúde Mental para Usuários de Álcool e Outras

Drogas

CERSAMI – Centro de Referência em Saúde Mental Infantil

CSV – Clínica Serra Verde

EDBH – Equipe de Desinstitucionalização de Belo Horizonte

ESF – Estratégia da Saúde da Família

FHEMIG - Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais

HSF – Hospital Sofia Feldman

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SRT – Serviço Residencial Terapêutico

SUP – Serviço de Urgência Psiquiátrica Noturna

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

LISTA DE FIGURAS E TABELAS

Tabela 1: Composição grupos focais e entrevistas	63
Tabela 2: Apresentação dos critérios de escolha dos SRT participantes da pesquisa.....	68
Tabela 3: Tempo de internação na CSV.....	69
Tabela 4: Habilidade de comunicação	69
Tabela 5: Habilidade física para o movimento	70
Tabela 6: Distribuição das entrevistas com as trabalhadoras por SRT	74
Tabela 7: Estratégias metodológicas por SRT	76
Tabela 8: Apresentação das categorias mais e menos frequentes	79
Tabela 9: Distribuição frequência subcategorias “Gestão espaço-tempo” por SRT	138
Tabela 10: Modos de intervenção das trabalhadoras no espaço-tempo dos SRT	142
Tabela 11: Modos de intervenção dos moradores no espaço-tempo dos SRT ...	143
Figura 1: Localização Clínica Serra Verde e Hospital Transitório.....	92
Figura 2: Organização espacial Clínica Serra Verde	93
Figura 3: Localização Hospital Sofia Feldman - Unidade Carlos Prates.....	94
Figura 4: Vizinhança Hospital Transitório.....	96
Figura 5: Organização espacial Hospital Transitório.....	97
Figura 6: Distribuição na cidade de Belo Horizonte dos SRT abertos para abrigar usuários do Hospital Transitório	103
Figura 7: Localização SRT Casa de Maré no bairro	118
Figura 8: Fachada SRT casa de Maré	119
Figura 9: Localização SRT Casa de Dom Pedro no bairro	124
Figura 10: Fachada do SRT Casa de Dom Pedro.....	124
Figura 11: Localização SRT Casa de Rodas no bairro.....	130
Figura 12: Fachada do SRT Casa de Rodas.....	131
Figura 13: Vista janela quarto de Bela e Felipe	146
Figura 14: Varanda Casa de Maré vista por quem está na rua: Drica tirando um cochilo.....	158

Figura 15 Varanda Casa de Maré vista do sofá: montagem do espaço pelas moradoras.....	159
Figura 16: Varanda Casa de Rodas: três moradores ancorados	160
Figura 17: Varanda Casa de Dom Pedro, Neguinho posando ao lado do seu trabalho, vista do muro que faz fronteira com a rua.....	162
Figura 18: Varanda Casa de Dom Pedro, vista do portão de entrada.....	163
Figura 19: Varanda Casa de Dom Pedro: Tião no seu puff.....	165
Figura 20: Varanda Casa de Dom Pedro, vista do portão de entrada.....	167
Figura 21: Neguinho desenhando avião no chão do Hospital Transitório	168
Figura 22: Garagem Casa de Dom Pedro	171
Figura 23: Percurso Neguinho SRT – Sacolão, Sacolão – SRT.....	172
Figura 24: Percurso percorrido por Felipe para chegar até a pracinha e assistir o jogo do Cruzeiro.....	179
Figura 25: Portão do refeitório do Hospital Transitório	192
Figura 26: Cozinha com vista para a Serra da Casa de Dom Pedro.....	200
Figura 27: Trajeto da Casa de Dom Pedro até o restaurante.....	236
Figura 28: Neguinho chegando do sacolão.....	244
Gráfico 1: Mobilidade no Hospital Transitório	114

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	18
CAPÍTULO 1: Compreendendo as mobilidades das pessoas com sofrimento mental: percurso teórico	30
1.1: Estudo da mobilidade nos Modelos de Atenção em Saúde Mental: um balanço das pesquisas	30
1.1. a: Primeiro movimento – os espaços de trancamento: imobilidades em relação à cidade	32
1.1. b: Segundo movimento – experiências de transição: entre imobilidade e o incentivo ao movimento, mudanças no lugar da loucura na cidade	34
1.1. c: Terceiro movimento – o louco na cidade: incentivo à mobilidade e alguns efeitos colaterais da disposição dos serviços substitutivos em rede	41
1.2: Das teorias da mobilidade: o que é possível extrair para pensar a loucura e os seus modelos de atenção	47
1.2. a: Centralidade da mobilidade	48
1.2. b: Caminhos para entender a mobilidade	50
1.2. c: Mobilidades nas fronteiras.....	54
2.3: Construção do problema e objetivos da pesquisa	57
CAPÍTULO 2: Percurso metodológico	60
2.1: Como compreender as práticas de mobilidade dos sujeitos loucos nos espaços do Hospital Transitório?.....	60
2.1. a: Memórias coletivas sobre as mobilidades no Hospital Transitório: Grupo focal e entrevistas	61
2.1. b: Descrição e categorização dos Serviços Residenciais Terapêuticos. 65	
2.1. c: Os habitantes dos três SRT: sujeitos da pesquisa.....	68
2.2: Como compreender as práticas de mobilidade dos usuários nos espaços dos Serviços Residenciais Terapêuticos?	70

2.2. a: Observação: olhando para o cotidiano da mobilidade	72
2.2. b: Entrevistas: escutando perspectivas diversas sobre a mobilidade	73
2.2. c: Sombreamento: compartilhando o momento da mobilidade	75
2.2.d: Estratégias para análise dos dados.....	77
2.3 : Revisitando a história: criação e funcionamento do Hospital Transitório	80
2.4 : Desafios da entrada em campo.....	81
CAPÍTULO 3: Mobilidades na prática: descrição e discussão dos resultados	86
3.1 : Hospital Psiquiátrico Transitório: uma história singular na cidade de Belo Horizonte	87
3.2 : Práticas de mobilidade no Hospital Transitório.....	104
3.2.a: Grupo de dentro.....	104
3.2.b: Grupo de fora	108
3.2. c: Descrição geral da mobilidade	113
3.3 : Os Serviços Residenciais Terapêuticos	114
3.3. a: Apresentação dos campos de pesquisa:particularidades dos três Serviços Residenciais Terapêuticos pesquisados	117
3.4 : Práticas de mobilidade nos Serviços Residenciais Terapêuticos	135
3.4. a: Construção do espaço-tempo.....	135
3.4.b: A produção de territórios	151
3.4.c: Práticas de mobilidade nos espaços da casa: áreas externas	155
3.4.d: Áreas externas	157
3.4. e: A Garagem da Casa de Dom Pedro: quando o espaço coletivo tem uma gestão particular	170
3.4. f: Problematizando as práticas de mobilidades nas áreas externas	174
3.5 : Práticas de mobilidade nos espaços da casa: áreas internas	177
3.5. a: Espaços coletivos: salas, copas, cozinhas.....	177
3.5. b: Quietudes, passagem e escritório: a constituição das copas	186

3.6: O preparo e a construção dos momentos de refeições no Hospital e nos Serviços Residenciais Terapêuticos.....	189
3.6. a: O problema da comida no Hospital Transitório.....	189
3.6. b: A comida no espaço de uma casa-serviço.....	195
3.6.c: A configuração das cozinhas e da relação com a comida nos três SRT	196
3.6.d: Casa de Maré – A comida como uma rotina.....	197
3.6.e: A comida como demanda que produz mobilidade nos espaços da Casa de Dom Pedro e da cidade.....	199
3.6.f: Casa de Rodas: a comida como aposta e oferta que produz movimentos.....	202
3.6. g: As refeições	205
3.7: Territórios operacionais: despensa e escritório	209
3.7. a: Organização e administração do serviço que é casa: despensas e escritórios	209
3.8: Intimidade e cuidado do corpo nos quartos e banheiros: espaços privados	217
3.8. a: Quartos	217
3.9: Práticas de mobilidade dos sujeitos loucos nos espaços da cidade: o acesso ao mundo de fora dos SRT	228
CONSIDERAÇÕES FINAIS	239
REFERÊNCIAS	245
ANEXOS	252
Anexo I – Organograma da Coordenação de Saúde Mental de Belo Horizonte.....	252
Anexo II – Pareceres substanciados.....	253
Anexo III – Termos de Consentimento Livre e Esclarecido	269

INTRODUÇÃO

No século XX, o aparato hospitalar que, sucedendo os asilos do século XIX, será chamado de Hospital Psiquiátrico, passou por reformas em vários países do mundo. A década de 1940 foi marcada por uma intensificação desses diversos processos (HEIDRICH, 2007), tendo como expoentes a Antipsiquiatria e as Comunidades Terapêuticas, no Reino Unido; a psiquiatria comunitária, nos Estados Unidos; a de setor, na França e a Psiquiatria Democrática, na Itália. Destaco a Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática Italiana, que se empenharam no questionamento da loucura instituída e da própria psiquiatria, interrogando inclusive a necessidade de existência do Hospital Psiquiátrico.

A Antipsiquiatria, desenvolvendo-se junto com os movimentos contracultura (psicodelismo, movimento hippie, misticismo) da Inglaterra do início da década de 1960, propunha um novo lugar para a loucura, questionando o hospital psiquiátrico e o saber médico (HEIDRICH, 2007). David Cooper, expoente desse movimento, centra sua crítica no problema da violência psiquiátrica que, segundo ele, era uma forma de direcionar para os pacientes a violência sutil da sociedade (COOPER, 1976).

A Psiquiatria Democrática Italiana serviu de modelo para a Reforma Psiquiátrica Brasileira, preconizando que a liberdade é o primeiro passo no caminho da cura do doente (HEIDRICH, 2007), além de demonstrar, através da experiência de Trieste, que seria possível prescindir do Hospital Psiquiátrico. A Lei 180 ou Lei Basaglia, como ficou conhecida na Itália e no mundo, foi a primeira a formalizar o fim do manicômio enquanto aparato de cuidado (AMARANTE, 2002). Para tanto, os italianos lançaram mão da construção de um circuito de atendimento, para aqueles que precisassem de assistência psiquiátrica, que além de oferecer cuidado, o produziria, além de oferecer novas formas de sociabilidade, as produziria (ROTELLI, 1988).

Nesse contexto Franco Basaglia, importante ator da Psiquiatria Democrática, ao constatar a impenetrabilidade da estrutura das instituições psiquiátricas, sugere que

a única possibilidade de aproximação e de relação terapêutica no momento, e em praticamente qualquer lugar, se dá com o doente mental livre, aquele que escapa do internamento forçado e para o qual a relação com o psiquiatra conserva uma margem de reciprocidade, em estreita correlação com seu poder contratual (BASAGLIA, 2001, p. 105).

O contato com essa experiência italiana impulsionou um movimento que já estava se desenvolvendo no Brasil. Lideranças como Franco Basaglia, Franco Rotelli e Ernesto Venturini reforçaram questionamentos sobre os problemas graves da assistência prestada às pessoas com sofrimento mental do país, realizada nos espaços dos Hospitais Psiquiátricos. Esses questionamentos têm em sua origem uma mesma raiz, qual seja, a privação de liberdade preconizada pelo então modelo de cuidados. E é também por consequência dessa privação que encontramos os seguintes problemas descritos pelos trabalhadores na literatura: *superlotação, deficiência de pessoal, maus tratos grosseiros, falta de vestuário e alimentação, péssimas condições físicas, cuidados técnicos escassos e automatizados* (MINAS GERAIS, 2006, p.30).

No campo político, o país estava passando pelo processo de redemocratização, após 21 anos de ditadura militar, em fins da década de 70. Ademais, nesse momento o Movimento Sanitarista e a criação do Sistema Único de Saúde – SUS também estavam se desenvolvendo, sendo, segundo alguns pesquisadores, fundamentais para o processo de Reforma Psiquiátrica que estava sendo discutido (GOULART, 2006; ALMEIDA, 2015; TORRE AMARANTE, 2001).

Temos então uma atmosfera social que reivindicava direitos. Os discursos à favor da democracia e da garantia de saúde pública e com qualidade para todos embalou esse processo que queria fazer chegar também aos loucos, todas essas reivindicações. É esse o contexto do nascimento do Movimento da Luta Antimanicomial, que se situa no campo dos movimentos sociais, tendo tido sua constituição formalizada no ano de 1987. Ele nasceu do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental e das lutas por redemocratização, de maneira que a I Conferência Nacional de Saúde Mental (GOULART, 2006; AMARANTE, 1995) e II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, realizados nesse mesmo ano de 1987, são marcos importantes nessa história. Esse foi o Congresso no qual a insígnia “Por uma sociedade sem manicômios”, que marca esse processo de luta, foi cunhada.

O Movimento da Luta Antimanicomial, ao construir uma agenda de discussões, começou a pautar e reivindicar a princípio a humanização dos hospitais psiquiátricos, melhoria das condições de trabalho nessas instituições e ampliação de serviços ambulatoriais em saúde mental (ALMEIDA, 2015). Algum tempo depois, com essas reformas se revelando insuficientes ou mesmo inócuas (GOULART, 2006) as reivindicações passaram a defender a redução dos hospitais psiquiátricos especializados, além da não criação de outros leitos nesses dispositivos (ALMEIDA, 2015). Com isso o

Movimento estava propondo uma mudança no lugar social do louco, recusando a objetificação proposta pela psiquiatria positivista e trazendo a discussão para o campo da cidadania: o louco também deveria ser compreendido como um sujeito de direitos, como um cidadão com direitos e deveres, o louco também deveria circular pela cidade, participando ativamente da sua construção.

Todos esses fatores contribuíram para a proposição do Projeto de Lei 3657, de 1989, pelo Deputado Paulo Delgado, que se tornou a lei federal 10.216, em 2001, conhecida também como Lei Paulo Delgado ou Lei da Reforma Psiquiátrica. Embora descaracterizada de sua proposta inicial, a lei propõe a extinção dos hospitais psiquiátricos, orientando para substituição desse dispositivo por “novas tecnologias de cuidado em saúde mental” (AMARANTE, 1995, p.494). Com isso, ela propõe *o atendimento territorial, estabelece parâmetros de qualidade para o atendimento terapêutico, prevê o desenvolvimento de projetos de reabilitação psicossocial e estabelece critérios para internação compulsória* (GOULART, p.15, 2006).

A partir disso, podemos perceber que embora a Reforma Psiquiátrica proposta pela lei federal 10.216, de 2001, caminhe na mesma direção das reivindicações colocadas pelo Movimento da Luta Antimanicomial, ela não esgota todas as pautas do Movimento. Dito em outras palavras: a Reforma Psiquiátrica é o processo institucional de mudança do Modelo de Atenção em Saúde Mental que responde, de certa maneira, a algumas reivindicações do Movimento da Luta Antimanicomial.

Em termos concretos, no século XXI vimos toda essa mudança produzir irrelevantes efeitos nos hospitais psiquiátricos, públicos e privados, do Brasil. Esses dispositivos tiveram sua fiscalização intensificada e limitado o crescimento de suas estruturas de internação. Isso promoveu a diminuição do parque manicomial brasileiro, com considerável redução dos leitos em hospitais psiquiátricos, fechamento de muitos deles e descredenciamento do SUS (GOULART, 2006). Segundo Almeida, entre os anos de 2002 e 2009 o crescimento do investimento da União em programas extra-hospitalares foi de 269%, enquanto os gastos hospitalares diminuíram 40% (ALMEIDA, 2015). Essa inversão do destino do dinheiro público se revela também no número de leitos fechados em 208 hospitais psiquiátricos pelo o Brasil até 2009: 16.000 (BRASIL, 2010). Entre 2009 e 2015 foram fechados mais 8613 leitos em hospitais psiquiátricos no país (BRASIL, 2015).

Concomitante ao fechamento dos hospitais houve uma ampliação dos dispositivos das redes substitutivas ao manicômio no Brasil. Dispositivos esses que

foram sendo inventados e incrementados, se diversificando hoje sob a forma da Rede de Atenção Psicossocial, também conhecida como RAPS (BRASIL, 2011). Essa Rede foi instituída pelo Ministério da Saúde, através da portaria 3088, de 2011, “cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL, 2011).

Nesse contexto é importante salientar que a RAPS exerce duas funções fundamentais para a construção do cuidado em liberdade para as pessoas com sofrimento mental: se por um lado ela fornece condições para a desinstitucionalização das pessoas internadas em Hospitais Psiquiátricos ainda conveniados com o SUS; por outro ela também oferta novosequipamentos de acolhimento e cuidado para os loucos, evitando que sejam internados novamente ou pela primeira vez.

Dentre os serviços que compõem a RAPS o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, que em Belo Horizonte é conhecido como Centro de Referência em Saúde Mental – CERSAM¹ e o Serviço Residencial Terapêutico - SRT são representantes emblemáticos dessa dupla função da rede. Os CAPS porque se colocam no lugar de receber as demandas de urgência psiquiátrica e articular a rede de cuidados que cada caso vai demandar, substituindo assim a função clínica do Hospital Psiquiátrico. Os SRT por se colocarem como espaços de “moradias inseridas na comunidade, destinadas a acolher pessoas egressas de internação de longa permanência (dois anos ou mais ininterruptos), egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia, entre outros” (BRASIL, 2011).

Dessa maneira, os SRT se configuram como equipamentos que prestam certa reparação aos egressos de longas internações, no momento de transição de um modelo de cuidados para outro. Por outro lado, esses serviços não estão disponíveis para a geração de loucos que, ao nascer, pôde contar com os demais equipamentos da RAPS em substituição às internações prolongadas nos Hospitais Psiquiátricos. Essa geração

¹ “Atua sob a ótica interdisciplinar e realiza atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de [...] drogas, em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo, e não intensivo [...]. As atividades no Centro de Atenção Psicossocial são realizadas prioritariamente em espaços coletivos (grupos, assembleias de usuários, reunião diária de equipe), de forma articulada com os outros pontos de atenção da rede de saúde e das demais redes [...]. O cuidado, no âmbito do Centro de Atenção Psicossocial, é desenvolvido por intermédio de Projeto Terapêutico Individual, envolvendo em sua construção a equipe, o usuário e sua família, e a ordenação do cuidado estará sob a responsabilidade do Centro de Atenção Psicossocial ou da Atenção Básica, garantindo permanente processo de cogestão e acompanhamento longitudinal do caso” (BRASIL, 2011).

pôde prescindir de tais interações de maneira a preservar os laços com seus espaços originais de moradia.

Alguns dos outros serviços que compõem a RAPS atualmente são: Unidade Básica de Saúde; Centros de Convivência²; iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários, cooperativas sociais, entre outros.

Ilustrando o crescimento da RAPS, Almeida(2015) constatou um aumento de 56,5% no número de CAPS entre 2008 e 2013, passando de 1467 serviços em 991 municípios para 2296, distribuídos em 1500 municípios brasileiros. Em relação aos Serviços Residenciais Terapêuticos a mesma autora também constata aumento no número desses dispositivos pelo país, se em 2008 eram 493 SRT distribuídas em 134 municípios, em 2013 são 850, presentes em 206 municípios.

Essa reorganização dos dispositivos de cuidado em saúde mental descreve uma mudança importante em relação à cidade, revelando novas centralidades do Modelo em construção. Temos então a substituição de um único dispositivo, o Manicômio, por outros, dispostos em rede e distribuídos pelos espaços da cidade, conforme o princípio da regionalização do SUS. Essa mudança tem como perspectiva garantir que o espaço urbano assuma protagonismo no modelo de cuidados, favorecendo a circulação do louco por diferentes espaços da cidade e conseqüentemente o seu deslocamento de um lugar de segregação para aquele de cidadão.

Em função disso, esse novo modelo também é conhecido como Modelo Territorial. O emprego desse termo levanta algumas questões interessantes para as discussões que serão propostas nessa pesquisa, pois o problema do território parece estar colocado para os dois modelos. O que se diferencia de um para outro? Em um deles há a concentração das mobilidades dos loucos em um espaço delimitado, fechado, com pouca relação com outros espaços (Modelo Manicomial). Essa configuração, embora limitante, permite ainda assim construções territoriais. No outro modelo há uma diluição desse espaço único a partir da construção da Rede de Atenção Psicossocial, que se distribui pelas cidades, sugerindo, a partir disso, a circulação dos loucos por uma variedade de espaços (Modelo Substitutivo), o que parece ampliar as possibilidades de construção de territórios.

² “Unidade pública, articulada às Redes de Atenção à Saúde, em especial à Rede de Atenção Psicossocial, onde são oferecidos à população em geral espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cultura e na cidade” (BRASIL, 2011).

Se há possibilidade de construção de territórios nos dois modelos, as condições e amplitudes dessa construção são diferentes em cada um, de maneira que não é o território que os diferencia, mas sim as condições dadas para sua construção. Por essa razão, utilizarei o termo “Modelo Substitutivo” para me referir a esse novo modelo durante a pesquisa.

Tendo em vista que a construção desse Modelo Substitutivo não acontece de maneira uniforme nas cidades do Brasil³ e que essa pesquisa se desenvolve em Belo Horizonte, farei abaixo algumas considerações breves sobre o processo de Reforma Psiquiátrica desenvolvido na capital mineira.

Á título de introdução trago uma reflexão sobre a natureza do Projeto de Saúde Mental de Belo Horizonte, explicitado nas palavras de Ana Marta Lobosque⁴ (2001), *trata-se de um projeto decididamente antimanicomial. Ou seja: buscando entrelaces entre a cidade e a loucura, o tratamento de cada um dos usuários sob os nossos cuidados aponta para a sua presença e produção no espaço da cultura* (LOBOSQUE, 2001, p.155). Logo de partida esse projeto se inscreve, tendo como parâmetro a sua relação com a cidade, em uma contraposição ao manicômio, como nos ensina a trabalhadora. A presença dos usuários no espaço da cultura não foi tratada como uma mera permissão para sua circulação pela cidade, mas no campo do apontamento: aquilo que deveria advir ao tratamento. Promover a presença e o protagonismo dos usuários na produção dos espaços da cidade é uma orientação para as intervenções em saúde mental, demonstrando que não apenas a distribuição dos serviços pelo espaço urbano nesse projeto é outra, como também a forma de conceber a loucura na cidade. O projeto assume assim, segundo Abou-yd e Lobosque (1998, p. 01), um compromisso com *o resgate da cidadania historicamente negada aos usuários de saúde mental*.

Complementar a essa orientação é a forma com a qual a cidade participou da construção do seu Projeto de Saúde Mental. Situando-se na esfera pública, Souza, 2008,

³ Para mais detalhes dessa diferenciação na implantação dos serviços de saúde mental, consultar “A política antimanicomial brasileira (2008-2013): repensando a implementação e seus condicionantes a partir do nível local”, de Simone Costa Almeida.

⁴ Ana Marta Lobosque é trabalhadora da rede de saúde mental de Belo Horizonte, psiquiatra, doutora em filosofia e militante do Movimento dos Trabalhadores da Rede de Saúde Mental de Belo Horizonte. Teve importante protagonismo na construção dessa Rede, participando da coordenação de saúde mental por um período e lançando livros sobre sua prática cotidiana, tais como “Clínica em Movimento – por uma sociedade sem manicômios”, 2003, “Experiências da loucura”, 2001, “Princípios por uma clínica antimanicomial e outros escritos”, 1997

nos conta que instâncias do controle social do SUS, como o Conselho Municipal de Saúde⁵ exerciam o que ele chamou de uma espécie de “vigilância ativa da sociedade civil” (p.113) sobre esse modelo, bem como entidades da Luta Antimanicomial, como o Fórum Mineiro de Saúde Mental e a Associação de Usuários dos Serviços de Saúde Mental de MG – ASUSSAM, compostos por usuários, familiares e trabalhadores, atuavam em relação aos rumos da política. Essa atuação vem acontecendo tanto nos espaços tradicionais de discussão política, como nas ruas enquanto espaços de manifestações. Nesse contexto, a comemoração anual do 18 de Maio, dia Nacional da Luta Antimanicomial aparece enquanto uma importante tomada dos espaços das cidades, quando em desfile pelas ruas, os manifestantes reivindicam, dentre outras coisas, o direito ao tratamento em liberdade.

Em Belo Horizonte a Escola de Samba Liberdade Ainda que TamTam é quem conduz o desfile, organizando os manifestantes-foliões em alas que se dedicam a trabalhar através das fantasias, adereços e cartazes, temas específicos da Luta Antimanicomial, como a política de drogas, a atenção às crianças e aos adolescentes, a história da Luta Antimanicomial. A construção do desfile conta com a participação de trabalhadores, usuários, familiares, militantes de outras causas. O samba que conduz a Escola pelas ruas é escolhido em um concurso, assim como a rainha e a princesa da bateria, o mestre sala e o porta bandeira.

O Projeto de Saúde Mental de Belo Horizonte, quando teve a primeira administração que se afirmou democrática e popular (Frente BH Popular, 1993-1996), pôde gozar de importante florescimento em um período no qual a cidade vivia um contexto de mudanças importantes (LOBOSQUE, 2001). Esse pequeno fato histórico, permite ilustrar como as concepções de cidade afetam diretamente as possibilidades das práticas de saúde mental e conseqüentemente, as possibilidades que são ofertadas aos usuários/loucos. Se na Idade Clássica a preocupação era que a cidade tivesse a virtude do trabalho como o orientador ético (FOUCAULT, 1978), nesse ponto e local da história, ela aparece como campo fecundo para o desenvolvimento de um projeto que objetivava causar significativas transformações na vida dos seus habitantes: loucos e não loucos.

Antes desse Projeto o que havia na capital mineira, em termos de serviços para atendimento e cuidado das pessoas com sofrimento mental, eram os centros de saúde e

⁵ Segundo Souza, 2008, desde 2003 o Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte possui uma Comissão de Reforma Psiquiátrica

os hospitais psiquiátricos. No presente observamos significativa expansão e diversificação desses serviços, que se organizam como uma rede. A Rede de Saúde Mental de Belo Horizonte, atualmente conta com 8 CERSAM, 2 CERSAMI⁶, 3 CERSAM AD⁷, 1 Serviço de Urgência Psiquiátrica – SUP, 9 Centros de Convivência, 4 Consultórios de Rua, 49 núcleos do Programa Arte da Saúde, 33 Serviços Residenciais Terapêuticos, 1 Incubadora de empreendimentos solidários, 1 Unidade de Acolhimento Transitório Adulto e 1 Unidade de Acolhimento Infante-Juvenil, 253 profissionais na atenção básica (dados fornecidos pela Coordenação Municipal de Saúde Mental de Belo Horizonte). No anexo 1 a organização dessa rede pode ser melhor observada.

Assim, a partir do que foi exposto acima, observamos alguns elementos que, no Projeto de Saúde Mental da cidade de Belo Horizonte, se articularam para promover a transformação da relação da loucura com a cidade e da cidade com a loucura: a concepção de que o lugar do doido é no espaço da cultura, participando de sua produção; a criação de serviços públicos que auxiliem na construção desse lugar; e uma concepção de cidade, popular e democrática que, por um lado, deve acolher os loucos na sua diferença e por outro fazer avançar as políticas que lhes ofereçam suporte para uma vida plena.

Apesar da robusta rede belorizontina, o diálogo tanto com a política, em suas três esferas, municipal, estadual e federal, como com a própria cidade, não parece seguir as orientações desse projeto de forma linear, de maneira que ora essa rede experimenta avanços em relação às concepções que traz em sua proposta, ora retrocessos. Essas constantes negociações entre trabalhadores, usuários, familiares de usuários, gestores e demais habitantes da cidade, mantém a tradição apresentada por Souza (2008), de serem permeadas por aquilo que ele chamou de “vigilância ativa da sociedade civil”.

Tendo em vista que a Reforma Psiquiátrica Brasileira, bem como o modelo Belorizontino, têm em alta conta o problema da circulação dos loucos por diferentes territórios das cidades e que, a partir disso, o espaço urbano torna-se um lócus privilegiado de intervenções que visem reconstrução da sociabilidade e inclusão social de pessoas com sofrimento mental (COSTA e BRASIL, 2014), me pergunto: Quais são as práticas de mobilidade de alguns sujeitos dessa política? Me interessa compreender, sobretudo, quais são as práticas de mobilidade de alguns sujeitos loucos nos espaços da

⁶ Centro de referência em saúde mental da infância e juventude

⁷ Centro de referência em saúde mental Álcool e Drogas

cidade etambém como as práticas nesses espaços contrastam com aquelas realizadas tanto no espaço do Hospital Psiquiátrico como em alguns dispositivos dessa Rede de Atenção Psicossocial?

Buscando responder a essas perguntas, conduzo o leitor através dos capítulos nos quais o desenvolvimento dessa pesquisa está distribuído. Após essa breve localização realizada na introdução, seguiremos para o primeiro capítulo, “Percurso teórico para a compreensão da mobilidade das pessoas com sofrimento mental”. Nesse capítulo abordei, de maneira mais aprofundada, esse processo de transformação do modelo de cuidados para as pessoas com sofrimento mental. Para tanto, me vali de um balanço bibliográfico no qual busquei tanto trabalhos sobre o Modelo Manicomial como aqueles sobre o Modelo Substitutivo. Tendo em vista a forma dicotômica como esses dois modelos são descritos na literatura, também me debrucei, nesse capítulo, sobre trabalhos que abordem os movimentos de transição de um modelo para outro. Nessas buscas privilegiei aqueles que, em qualquer medida, abordaram também questões relativas à mobilidade dos sujeitos loucos em diálogo com os dois modelos, procurando por interlocuções diretas ou indiretas desses dois campos.

Ainda nesse capítulo, fiz uma introdução ao problema da mobilidade no campo da sociologia, resgatando brevemente o percurso que esse campo descreveu em torno do tema da mobilidade, trazendo reflexões também de algumas áreas afins, sobretudo a geografia. Nessa perspectiva discuti como alguns conceitos e ferramentas de análise que foram usadas ao longo da pesquisa.

A partir desses dois movimentos exploratórios, realizados nos campos da saúde mental e da sociologia, recolhi instrumentos que me ajudaram na formulação da pergunta de pesquisa, bem como pude observar as lacunas teóricas dos dois campos. Isso me guiou para que eu situasse essa pesquisa de maneira a procurar preencher algumas dessas lacunas. Dito isso, ressalto que essa pesquisa pretende ser uma pesquisa de fronteira, provocando o encontro entre as teorias desses dois campos.

No capítulo dois me dediquei a descrever o percurso metodológico que realizei para o estudo das práticas de mobilidade, discutindo os desafios metodológicos encontrados, as estratégias de coleta e análise dos dados. Devido à complexidade dessa etapa, nesse capítulo mostrei ao leitor os planos construídos, bem como as dificuldades encontradas, as rotas alternativas e algumas novas delimitações metodológicas que surgiram com a entrada em campo.

Esclarecidos do processo metodológico, ingressamos no capítulo três onde as práticas de mobilidade dos sujeitos dessa pesquisa foram apresentadas. Aqui o espaço ganha relevância na organização do texto de maneira que práticas realizadas no Hospital Psiquiátrico, nos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial e na cidade são colocadas em diálogo. No momento da apresentação dos dados coletados propus o diálogo entre as diferenças e semelhanças observadas em cada um dos serviços pesquisados, bem como tecer entrelaces entre os dados obtidos e alguns pontos da literatura. Dessa maneira, esse capítulo se destinou tanto à apresentação dessas práticas como a sua análise.

Por último, dediquei-me a construir algumas considerações finais retomando os objetivos propostos pela pesquisa, bem como outras questões relevantes das quais tive conhecimento durante a sua realização. É nessas ocasiões também que me prestei a apontar algumas novas lacunas teóricas e de pesquisas, percebidas a partir do que foi proposto aqui.

Compreendendo, apoiada em Goulart(2006), que as formas discursivas de nomear o louco dizem muito sobre a concepção da própria loucura, aponto que ao longo do texto estive atenta a essas formas. Dessa maneira em cada situação descrita utilizei uma nomenclatura correspondente: quando a situação se localizava na Clínica Serra Verde ou quando fiz menção às pessoas internadas em hospitais psiquiátricos, usei o termo “interno” ou “doente mental”. O termo “interno” enfatiza o problema da interlocução com a cidade nesses equipamentos que não só impedem a saída como consideram que os indivíduos, ao serem chamados por esse termo, fazem parte do aparato institucional. Decorrente disso, observo que o termo interno pede um complemento (interno de onde?), o que denota certa relação de propriedade ou de localização do indivíduo.

Outro termo frequentemente usado nesses espaços para descrever essa população é “doente mental”. O emprego desse termo revela uma perspectiva médica, na qual a loucura é compreendida como uma forma de doença ou uma psicopatologia. Por muito tempo, a partir dessa perspectiva, se buscou a cura da loucura, situação na qual os Hospitais Psiquiátricos têm papel fundamental, bem como as internações prolongadas nesses espaços.

Quando a localização da descrição foi o Hospital Transitório, alternei entre “internos”, “pacientes” e “usuários”. Por ter sido um dispositivo de transição, esse hospital esteve relacionado ao uso de termos tanto ligados ao Modelo Manicomial,

como é o caso de “internos”; como aquele ligado ao Modelo Substitutivo, como é o caso de “usuários”. Esse último se refere a uma maneira de nomear as pessoas que fazem uso dos serviços do SUS e, portanto, traz na sua utilização a concepção da saúde como um direito e do “usuário” como um cidadão (GOULART, 2006). O termo “paciente” também apareceu como uma opção aqui, pois era frequentemente usado pelos profissionais de saúde do Hospital Transitório, tais como fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, médicos, enfermeiros e psicólogos. Tal como era empregado, denotava que havia um processo de cuidado sendo organizado em torno do sujeito ao qual se referiam. Nesse processo, muitas vezes, esses sujeitos exerciam papel coadjuvante, devendo aceitar o tratamento proposto, mais do que construí-lo em parceria com o profissional, sendo tomados então do lugar do “paciente”, aquele que espera pelo cuidado ofertado.

Por fim, nos momentos em que descrevi ou analisei as situações relacionadas aos Serviços Residenciais Terapêuticos, utilizei os termos “morador” ou “usuário” por se tratar de uma casa que é, também, um serviço do SUS, seguindo, portanto, a mesma linha descrita acima.

Dessa maneira, ao descrever o percurso desses termos em torno dos sujeitos dessa pesquisa demonstro que partiremos de uma percepção na qual eles são considerados “doentes” e pertencentes a um lugar específico da cidade, o Hospital Psiquiátrico, passando por um momento onde, colocando a doença em certa suspensão, eles são tomados como cidadãos que se utilizam de políticas públicas, até chegar ao ponto onde além de usufruírem dessa política, também habitam a cidade. Esse movimento da linguagem revela, por si só, transformações importantes que serão descritas e debatidas ao longo do texto.

Em relação ao termo para denotar a condição de loucura ou não desses sujeitos, optei pelo uso de dois, sendo um deles “pessoa com sofrimento mental” e o outro “louco”. Embora esse último possa ser interpretado como um contraponto à razão, concepção da qual me distancio, é ele também o termo que comunica de forma mais clara e acessível a situação de loucura de uma pessoa. Durante minha trajetória profissional me encontrei tanto com usuários que recusam essa denominação, por relacioná-la aos traços pejorativos e estigmatizados, como com aqueles que acham importante assumir o termo e transformar as perspectivas que dele advém. Tendo a me posicionar com esse segundo grupo, mantendo, no entanto, respeito pelo posicionamento do primeiro.

CAPÍTULO 1: Compreendendo as mobilidades das pessoas com sofrimento mental: percurso teórico

A busca que estou propondo para a compreensão das mobilidades das pessoas com sofrimento mental percorre os caminhos que os próprios modelos de atenção em saúde mental descreveram, verificando como esses modelos se colocaram em relação a esse aspecto. Entendendo que o próprio processo detransformação desses modelos já se configura como uma forma de mobilidade, uma vez que promove uma ação no espaço visando transformação social (KAUFFMAN, 2014), me debrucei na primeira parte desse capítulo sobre trabalhos que tratam desse processo.

Em um segundo momento busquei recursos nas teorias e nos trabalhos que tratam do tema da mobilidade a partir de diferentes perspectivas, reunindo instrumentos para essa compreensão proposta.

1.1 :Estudo da mobilidade nos Modelos de Atenção em Saúde Mental: um balanço das pesquisas

Tendo em vista os caminhos percorridos pela política de saúde mental brasileira, alavancada pelos Movimentos Sociais da Luta Antimanicomial e pela Reforma Psiquiátrica, observei que tanto as motivações para que esses caminhos fossem percorridos como seus pontos de partida e de chegada se relacionam de forma bastante direta com o problema da mobilidade. Partindo de práticas de confinamento/encerramento, os primeiros espaços destinados ao louco e à loucura se constituíram como aqueles que provocavam imobilidades tanto do louco em relação à cidade como da cidade em relação ao louco.

Os Hospitais Psiquiátricos se constituem como espaços fechados, que impedem a circulação do louco para fora dos seus limites, bem como que cidadãos não loucos circulem por seus espaços. Assim, em um primeiro movimento, esse balanço se dedicará a investigar os trabalhos produzidos sobre essa forma de tratamento da loucura, bem como a relação que essa forma de tratamento estabelece com a cidade. É importante ressaltar aqui que o Hospital Psiquiátrico assume a posição de ponto de partida para o

caminho que foi percorrido pela Reforma Psiquiátrica se configurando como um polo de imobilidade.

Em um segundo movimento, me debrucei sobre trabalhos que se dedicaram a explorar situações concretas de transição desse primeiro polo para um segundo. Aqui busquei trabalhos que falassem das situações de mudança de internos de Hospitais Psiquiátricos para outrosequipamentos da Rede de Atenção Psicossocial. Tendo em vista essa visão de um percurso da política de saúde mental que estou aqui descrevendo, esse segundo movimento se situa a meio caminho, e como tal, traz elementos do primeiro polo descrito ao mesmo tempo em que almeja alcançar os elementos que serão descritos no terceiro movimento.

Esse terceiro movimento reuniu trabalhos que se dedicam a pensar sobre o Modelo Substitutivo. Esse movimento se constitui como o polo final dessa revisão bibliográfica e do percurso que foi descrito nesse capítulo, delimitando assim um recorte na história dessa política. É importante ressaltar para o leitor que não há ponto final para essa história, uma vez que as transformações seguem ocorrendo. Nesse percurso, ora há momentos nos quais a abertura de serviços substitutivos, bem como sua integração às redes de saúde mental, provocam o avanço na consolidação desse modelo, mas também momentos nos quais outros grupos da sociedade civil tencionam a política provocando alteração nas rotas e direções desse caminho. Esses momentos são considerados, pelos movimentos sociais, como momentos de retrocesso.

O momento atual tem sido marcado por alterações significativas nessa rota traçada pela Reforma Psiquiátrica. Estou aqui me referindo à Resolução número 32, de 14 de dezembro de 2017, que ao estabelecer diretrizes para o fortalecimento da rede de atenção psicossocial coloca os Hospitais Psiquiátricos como constituintes dessa rede, prevendo incentivos para que seus leitos continuem a funcionar, contrariando assim a lei 10.216, de 2001, que preconiza o fechamento progressivo desses hospitais. Ainda nessa resolução há a previsão de fortalecimento de parceria e apoio institucional relacionado às Comunidades Terapêuticas, consideradas, pelo movimento social, como os hospitais psiquiátricos contemporâneos.

Diante do exposto acima, me resta explicitar que ao propor a construção de uma rede de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, a Reforma Psiquiátrica Brasileira dialoga diretamente com a própria definição de mobilidade como sendo a realização de um ato de movimento no espaço físico que envolve mudança social, (KAUFMANN, 2014). A mudança social almejada se relaciona com a construção do

lugar do louco também como cidadão, como aquele que, tendo direitos e deveres, circula pelos espaços da cidade.

1.1. a: Primeiro movimento – os espaços de trancamento: imobilidades em relação à cidade

O problema da invenção dos hospitais psiquiátricos, bem como da construção da própria loucura como objeto do saber médico psiquiátrico é algo que nos revela as formas como as sociedades, ao longo da história, lidaram com essa questão. O significado atribuído por Foucault, (1978) para a invenção dos Asilos no século XIX ensina sobre as construções sociais que são feitas quando medo e razão são tendências predominantes. Somado a isso, as necessidades das sociedades industriais capitalistas que estavam surgindo no século XIX, reforçavam o movimento de internação da loucura com uma dupla finalidade, segundo Passos (2009): produzir certo tipo de organização da cidade, definindo aqueles que podiam ou não circular pelas ruas; ao mesmo tempo, em que nos asilos, o poder disciplinar sobressaía como a forma do dispositivo operar (PASSOS, 2009).

Vieceli localiza, nesse mesmo período histórico, o século XIX, o surgimento do “urbanista” como o grande “médico espacial”, de maneira que a cidade aparece, segundo ela, como um *organismo objetificado, passível de tratamento, de domaçaõ, adestramento e ortopedia das suas linhas e gestos* (VIECELI, 2014. p. 4). Ela ressalta a semelhança entre as ações do urbanista e do médico psiquiatra, identificando-os com funções complementares na produção de uma cidade regulada e controlada. Seguindo essa linha teórica, a cidade dessa época experimenta uma profunda racionalização dos seus espaços: cada um deveria ter o seu lugar, cada lugar deveria assumir uma função. É a partir dessa mudança que a rua vai tomar uma conotação de lugar de passagem, de lugar perigoso, de lugar a ser evitado.

Nessa relação dicotômica, cidade-hospital psiquiátrico, o trabalho de Lancman, (1995) chama a atenção para o caso do Hospital Juqueri. Apesar de muitos Hospitais Psiquiátricos brasileiros do começo do século XIX se estabelecerem em regiões periféricas das cidades, privilegiando seu isolamento, o Hospital Juqueri figura num contexto um pouco diferente. Situado no município de Franco da Rocha, São Paulo, a sua existência foi, juntamente com o processo de imigração que ajudou a provocar, fundamental para o crescimento da cidade.

A autora descreve como o Juqueri e Franco da Rocha se colocavam quase como dois municípios contíguos devido à dimensão de cidade que o hospital sustentava e também à falta de limites entre o seu território e aquele do município. A autora constata que ele possuía uma infraestrutura de serviços urbanos superior à de Franco da Rocha, o que levou a uma forte influência do hospital na caracterização dos habitantes da cidade e de suas relações (LANCMAN, 1995). Essa configuração pareceu favorecer um processo de indiferenciação que os habitantes de Franco da Rocha relatam sofrer, em relação aos internos do hospital, pelas pessoas de fora, processo pelo qual relatam desconforto.

Se na relação com a cidade a loucura e o louco tinham destino certo, é importante entender também que tipo de cotidiano e de relações se estabeleciam dentro desses Hospitais Psiquiátricos. Nessa perspectiva, o trabalho de Goffman (1974) nos guia por um profundo mergulho no mundo de dentro (*mundo institucional*) daquilo que ele definiu como “instituições totais”. Esse tipo de instituição é segundo esse autor, caracterizada, sobretudo, pelas barreiras à relação com o mundo de fora (*mundo exterior*) e por proibições à saída. Goffman (1974) explicou que essa tendência de fechamento opera através da conquista de parte do tempo e interesse de seus participantes e da oferta de algo de um mundo.

O autor, no entanto, descobre que dentro dos muros do manicômio, os internos agenciam constantemente o seu cotidiano, mesmo após o processo de *mortificação do eu* que atravessam durante a internação. Diante de um processo de confinamento, como cada um se arranja para lidar com as regras da instituição? Nesse ponto ele ressalta que tanto os internos desenvolvem suas estratégias como os trabalhadores também precisam fazê-lo para levar seu trabalho à cabo e sobreviver naquele espaço (GOFFMAN, 1974). Ele revela, dessa maneira, que, se na relação com a cidade o Hospital Psiquiátrico circunscreve a loucura a um único espaço, dentro dos limites da instituição, não é possível o controle total sobre os movimentos realizados.

É interessante ressaltar que o autor percebe ainda a existência de uma tensão entre dentro (*mundo institucional*) e fora (*mundo exterior*), construída pela instituição como estratégia para o controle dos homens (GOFFMAN, 1974). Assim, a presença de uma visita pode servir como recordação, para os internos, de que a instituição mantém uma ligação com o mundo de fora. Essa perspectiva de diferenciação dos mundos, tomo-a como a forma pela qual Goffman descreve a relação que a instituição estabelece com a cidade, corroborando uma contraposição observada também na leitura de Foucault (1978).

As transformações pelas quais a loucura passou, em relação à sua definição e conduta, mostram que não se pode analisá-la isolada de seu tempo, contexto social, econômico e religioso. As invenções dos aparatos de confinamento, segregação ou correção são complexas construções sociais que respondem a certas demandas, também sociais, de momentos específicos. Revelam-se dessa forma como parte das práticas da cidade, numa dinâmica de dentro e fora que, ao delimitar como espaço para circulação da loucura unicamente aquele do Hospital Psiquiátrico circunscreve, dentro dos espaços da própria cidade, um único local para o seu cabimento.

É relevante ressaltar, no entanto, que mesmo que os Hospitais Psiquiátricos façam parte dessa dinâmica da cidade, há uma importante separação entre os espaços de dentro dessas instituições e aqueles de fora. Separação essa que, como ensinou Goffman, é intensa o suficiente para criar um mundo que se impõe aos sujeitos que ali habitam, forçando-os a se desvencilharem de crenças e práticas do mundo de fora. Compreender essas invenções na linha da história permite observar aquilo que se arrasta de uma época à outra, o que se camufla, o que é vetado, o que se metamorfoseia.

1.1.b: Segundo movimento – experiências de transição: entre imobilidade e o incentivo ao movimento, mudanças no lugar da loucura na cidade

Esse movimento agrupa trabalhos que discutem a relação loucura e cidade no contexto da transição do Modelo Manicomial para o Modelo Substitutivo ao Manicômio. Se no primeiro movimento abordei problema da imobilidade a partir do confinamento da loucura nos espaços dos Hospitais Psiquiátricos, nesse irei explorar os processos de fechamento de alguns desses aparatos, procurando observar os efeitos dessa transição na mobilidade dos loucos pela cidade.

Poderíamos pensar, intuitivamente, que esse deslocamento de um modelo para outro descreve, grosso modo, um percurso entre dois polos da dicotomia sedentarismo-mobilidade (JENSEN, 2009). Pensamos isso principalmente a partir da análise da interação com a cidade que cada um dos modelos propõe: o primeiro, hospital-centrado, proíbe/restringe a circulação extra-hospitalar da pessoa com sofrimento mental por partir do pressuposto de que esse público oferece risco para os demais moradores da cidade. Essa restrição é ancorada na figura socialmente construída do louco como perigoso e incapaz (Weyler, 2006). O Modelo Substitutivo, por sua vez, preconiza a

inserção dos próprios serviços no território de maneira a estimular a convivência entre os diferentes atores da cidade.

Nesse contexto, os Serviços Residenciais Terapêuticos são serviços de destaque, uma vez que promovem essa convivência a partir de atividades bastante ordinárias do cotidiano urbano. A portaria que regulamenta esse dispositivo, número 106 de Fevereiro de 2000 também orienta sobre a arquitetura do seu espaço, a composição da equipe de trabalhadores, posição, fluxos e articulações iniciais dentro da Rede de Atenção Psicossocial. Para a discussão levantada aqui, é interessante que o leitor saiba que os imóveis nos quais os SRT se situam têm o formato de casas, com todas as suas peculiaridades: há SRT que tem um grande quintal, há SRT que tem piscina, varanda, puxadinhos, gambiarras. De maneira geral, os SRT representam a diversidade de casas e moradias presente nas sociedades brasileiras.

Se em relação à arquitetura do imóvel os SRT se aproximam das casas brasileiras, ao olharmos para os fluxos de pessoas que circulam por esses imóveis, encontraremos um distanciamento em relação a elas. Os moradores dessas casas nunca ficam sem a companhia de algum trabalhador, função essa exercida pelos cuidadores, que trabalham em regime de plantão 12X36 h. Esses profissionais realizam as atividades de cuidado com a casa e com os moradores, devendo envolvê-los nesses processos. Para fazer a administração financeira e do cotidiano, a articulação da rede de cuidados dos moradores, a organização e orientação da equipe de cuidadoras, há uma supervisora, devendo ser graduada em curso superior. Há ainda a possibilidade de contratação de estagiários e estagiárias que se somam a essa equipe no trabalho de fazer o serviço funcionar como uma casa.

Por fim, em relação à sua posição na Rede de Atenção Psicossocial, o SRT deve promover os cuidados psíquicos e clínicos dos seus moradores através da construção de parcerias com os outros equipamentos da Rede de Atenção Psicossocial, do SUS, do SUAS e quaisquer outros que os moradores apontem como pertencentes às suas redes. A construção dessa parceria visa facilitar o trânsito dos usuários pelos equipamentos, tendo em vista as diferenças nos usos dos dois modelos de cuidado. É novidade para o morador que ele precise sair de casa para ir ao médico, é novidade que precise se deslocar pela cidade para ir a uma consulta, da mesma maneira em que em um momento de crise é novidade que ele poderá contar com o atendimento dos serviços de urgência psiquiátrica, que são os CERSAMs.

Weyler (2006) se interroga sobre como fazer a passagem do hospício, comomorada, para os Serviços Residenciais Terapêuticos transformando também o lugar instituído do louco e os conjuntos de representações que esse público mobiliza entre os demais moradores da cidade, os profissionais e os próprios loucos. Weyler está pensando aqui sobre mobilidade: a ação no espaço físico que envolve mudança social (KAUFMANN, 2014). E ela indica, no desenvolver de seu artigo, que essa ação acontece em três níveis ou poderíamos pensar em três escalas: política, institucional e no plano dos sujeitos (WEYLER, 2006), o que a torna bastante complexa.

A autora problematiza questões relacionadas ao retorno desses ex-internos para a vida na cidade e localiza como um dos efeitos colaterais da carreira psiquiátrica a perda das lembranças da cidade como suporte para a memória. No lugar, Weylerrelata a presença marcante dos deslocamentos e das transferências. Essa não deixa de ser a realidade de muitos dos internos dos hospitais psiquiátricos que ainda existem. Eles costumavam peregrinar por diferentes hospitais, sendo ora internados em um, ora em outro, ora transferidos para um terceiro. No caso de Minas Gerais, o início da era hospitalar, foi marcado pelo fato desses dispositivos receberem as demandas de atendimento de todo o estado, concentrando uma grande quantidade de pacientes, de maneira que moradores dos interiores precisavam chegar até a cidade sede desses hospitais para serem internados. Nem sempre os hospitais se localizavam na capital, como é o caso do Hospital Colônia de Barbacena.

O Modelo Manicomial se organiza a partir de uma rota que leva a um único dispositivo de oferta de assistência. Como único dispositivo desse modelo, os manicômios e hospitais psiquiátricos acumulam todas as funções do tratamento, além daquelas que avançam para outras esferas da vida⁸. Assim, o fluxo estabelecido por esse Modelo aparece como um fluxo concentrado, centralizado e unilateral: as pessoas que atendiam aos critérios⁹ para internação nesses serviços procuravam o hospital

⁸ Segundo Goffman, a internação nos hospitais psiquiátricos faz romper as barreiras separatórias entre as diversas atividades da vida, como o lazer, o trabalho, a moradia, etc (GOFFMAN, 1974)

⁹ Ao longo do tempo esses critérios foram se transformando, atendendo às necessidades sociais de cada momento, como explicitado por Foucault (FOUCAULT, 1978), em alguns momentos alargando-se para englobar diferentes manifestações desviantes, em outros concentrando-se em formas mais específicas de desvio.

psiquiátrico ou eram levadas até aquele mais próximo ou mais famoso¹⁰ e eram então internadas.

Souza e Eulálio(2012) em seu relato de caso, contribuem para essa discussão ao descreverem o processo de fechamento de um hospital psiquiátrico em Campina Grande, Paraíba. O trabalho das autoras, assim como o de Carneiro e Rocha (2004) é focado, sobretudo no ponto de vista dos familiares dos usuários internados no hospital, que relatam as dificuldades enfrentadas durante o seu processo de fechamento. Dentre essas dificuldades, ressalta-se aquela de desconstruir os estigmas e paradigmas que sustentam o Modelo Manicomial, revelando a insegurança dos familiares diante do novo Modelo e dos serviços públicos do país (SOUZA e EULÁLIO, 2012).

As autoras salientam que uma estratégia utilizada pela “Equipe de Intervenção” (como era chamada a equipe responsável pela organização do fechamento do hospital) diante dessa dificuldade foi a sugestão da criação da Associação de Moradores das Residências, usuários, familiares e amigos (SOUZA e EULÁLIO, 2012). Essa Associação se configuraria como uma entidade independente para defender os direitos dos usuários no campo político da cidade, através da participação no Conselho Municipal de Saúde e nas Conferências Municipais de Saúde.

Complementar ao trabalho de Souza e Eulálio (2012), Junior et al (2011) trazem a perspectiva dos usuários do mesmo dispositivo, ao focar seu processo de fechamento, buscando captar qual foi o significado para eles da experiência de sair do hospital psiquiátrico (JUNIOR et. al., 2011). Nesse trabalho é possível localizar, nas falas de alguns, dois tipos de classificação da ação de circular ou andar pela cidade. Se em um determinado momento *andar por tudo quanto é canto* era considerado signo da loucura e justificativa para internação, em outro, mais adiante na história, a circulação pela cidade era usada, pelos próprios usuários, como balizador da sua qualidade de vida fora do hospital (JUNIOR et. al., 2011).

Por fim, Veloso et al analisam a mesma situação sob uma terceira ótica, aquela dos vizinhos das Residências Terapêuticas que abrigaram os ex-internos do hospital de Campina Grande (VELOSO et al, 2011). Desse trabalho considero especialmente importante, para ajudar a pensar o problema da relação entre loucura e cidade, a

¹⁰ Não podemos nos esquecer de mencionar aqui o fluxo estabelecido pelos “Trens de doido”, conhecidos da cultura popular, que recolhiam doentes mentais em um vagão destinado a desembocar no hospício. Em Minas Gerais a cidade destino era Barbacena, que continha o Hospital Colônia e recebia doentes de todo estado, protagonizando um violento processo de desterritorialização e reterritorialização. Weyler (2006), em seu artigo trabalha esse problema de desterritorialização e reterritorialização.

percepção aproximada que os autores trazem de alguns vizinhos sobre a função das Residências e a função do Hospital psiquiátrico. Sobretudo quando os autores detectam que o fator “doença” aparece para eles como a deficiência que deve resultar no isolamento desses usuários, não parecendo haver uma separação clara se esse isolamento deve acontecer dentro do Hospício ou dentro de um SRT. Essa constatação fortalece uma hipótese de que a mudança do Hospital Psiquiátrico para o SRT não é suficiente para desconstruir o estigma que os loucos carregam e que produz efeito a sua mobilidade pelos espaços da cidade. Embora seja um passo nessa direção, é preciso que a mudança também aconteça em outros aspectos, como os próprios usuários apontaram no artigo discutido no parágrafo acima.

Alguns estudos (WEYLER, 2006; WACHS et al, 2010; CARNEIRO e ROCHA, 2004; FRICHEMBRUDER, 2009) abordam o processo de alta de pacientes internados em hospitais psiquiátricos de diferentes perspectivas. Carneiro e Rocha (2004) abordam o problema da família que recebe esses pacientes após a alta, fazendo uma diferenciação entre o processo de desospitalização, que seria apenas aquele da alta hospitalar, para o processo de desinstitucionalização, que abordaria, dentre outras coisas, a construção de serviços que forneçam suporte para esses pacientes na comunidade.

Essa discussão sobre desinstitucionalização também perpassa o trabalho de Frichebruder (2009). No entanto, no artigo “Essa casa não é minha! Os residenciais e sua inserção no sistema único de saúde: labirintos que se entrecruzam” essa autora centra sua atenção no resgate histórico da Luta Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica, abordando majoritariamente o aspecto da construção do Modelo Substitutivo em detrimento de experiências que descrevam ou se destinem a compreender o que pode significar desinstitucionalização para os usuários que são o público alvo desse processo.

Ao pensar sobre os processos de desinstitucionalização e fechamento de hospitais psiquiátricos, um grupo de autores (COSTA e FONSECA, 2013; GONÇALVEZ, et al, 2011; DIMENSTEIN, 2006) define que um dos objetivos das intervenções de saúde mental que aparece é aquele de reintegrar à sociedade as pessoas com sofrimento mental. Esse objetivo figura sob várias formas (reinserção social, trazer de volta para a sociedade, inclusão social, ressocialização), e o seu significado ou suas possibilidades de significação são pouco exploradas ou aprofundadas nesses mesmos trabalhos: sobre qual sociedade esses trabalhos estão falando? Como opera essa lógica

inclusão-exclusão? O indivíduo, alvo dessas ações reintegrativas, como ele se enxerga, em relação à essa sociedade? Como essas ações atingem o seu objetivo?

Costa e Fonseca, 2013, explicam que em um momento de transição do Hospital São Pedro, em Porto Alegre, a loucura passou a ser concebida como fenômeno humano e social, justificando assim a necessidade de ressocialização dos loucos, tornando-os aptos à vida societária. Essa prática começou dentro mesmo do hospital, reproduzindo entre seus muros costumes próprios à vida humana em sociedade, tais como festas, circo, bar (onde a moeda de troca era o cigarro). Os autores explicam, no entanto, que ela assumiu o aspecto de um treinamento social, com ares de faz de conta e controle para fins terapêuticos (COSTA e FONSECA, 2013).

O trabalho de Gonçalves et. al. aponta que o caminho para o alcance dessa integração não pode ser prescrito previamente; ele deve ser construído a partir de uma “avaliação minuciosa da situação” (GONÇALVES et al, 2011, p.288). Outra estratégia definida no trabalho é a parceria da saúde mental com a Estratégia de Saúde da Família, programas localizados no campo das Unidades Básicas de Saúde. Segundo os autores, essa parceria produz um enlaçamento que tem permitido ao município de Campina Grande se aproximar mais das pessoas com sofrimento mental e criar serviços extra-hospitalares, o que parece ser entendido como uma rota para a inclusão das pessoas com sofrimento mental na sociedade.

Dimenstein, em consonância com o Ministério da Saúde, toma a reinserção social dos portadores de sofrimento mental como o desafio da política de saúde mental (DIMENSTEIN, 2006). Ela aponta que um caminho para enfrentar esse desafio é através de *práticas aptas a deflagrar movimentos de singularização* (DIMENSTEIN, 2006, p.79), que sejam capazes de romper com o instituído e estabelecer mudanças tanto na ordem estabelecida, como nos modelos de atenção, como nas práticas dos profissionais.

Diante do exposto, avalio que esse conceito, que aparece sob várias formas, não pode ser tomado em contraposição à cidade ou à sociedade ou longe do campo de uma dinâmica que lhes são próprias. Weyler também corrobora essa avaliação em seu trabalho (WEYLER, 2006), afirmando que é importante considerar, entretanto, que o hospício, ou manicômio, como uma “morada” voltada, nos dois últimos séculos, para os “loucos” não pode ser pensado simplesmente como um espaço à parte da cidade e de suas relações. Essa instituição funda-se apoiada em um conjunto de representações e de *“saberes supostamente neutros e científicos que confirmam o louco como perigoso,*

incapaz e, também, sobre alianças e pactos excludentes estabelecidos entre diversos atores sociais que pressupõem a retirada do louco do convívio social e cotidiano” (WEYLER, 2006, p. 382).

Embora faça parte de certo pacto que envolve muitos atores sociais, surgindo como um mecanismo da cidade para lidar com o louco e a loucura, não podemos ignorar, no entanto, que os espaços dos hospícios, manicômios e hospitais psiquiátricos se diferenciam muito de outros espaços da cidade, sobretudo em relação as leis, direitos e deveres, formas de circulação.

Assim, a prática de ressocialização que Costa e Fonseca (2013) trazem me parece problemática, pois ignora primeiro as singularidades dos sujeitos internados ali, assumindo que as formas de socialização são universais; segundo pelo que o próprio autor relata dos ares de faz de conta e da finalidade de controle dessas ações. Se elas já são subvertidas em sua intenção, como podem produzir efeitos de real integração? Não podemos deixar de notar, em um exercício de imaginação, a diferença entre uma festa realizada dentro de um hospital psiquiátrico, daquelas que realizamos nos espaços de nossas casas, restaurantes, bares e praças. Esse tipo de ressocialização, quando acontece dentro do território do hospital psiquiátrico, me remete, de alguma forma à intenção corretiva dos Hospitais Gerais, vista em Foucault (1978). Como se o efeito dessas intervenções pudesse permitir que o louco se tornasse signatário do “pacto ético da existência humana” (FOUCAULT, 1978, p. 85) sendo capaz assim de ser reinserido à sociedade e à cidade idealizada.

É justamente nesse ponto que as outras duas concepções podem se diferenciar dessa primeira. Tanto para Gonçalves et al (2011) como para o Dimenstein (2006) o território da inclusão é o território mesmo das comunidades e sua operacionalização se dá tanto pela inserção das pessoas com sofrimento mental nas redes de serviços, hoje territorializadas¹¹, como nas demais organizações e relações da comunidade. Gonçalves aponta que um caminho para isso seja o enlaçamento, as parcerias entre os serviços, que produziria maior aproximação com o público e conseqüentemente maiores chances de incluí-lo no alcance das políticas públicas. Mas seria essa ação suficiente para atingir a pretendida inclusão?

¹¹ O termo territorializadas é usado para se referir à forma como os serviços estão distribuídos pela cidade: se dispõem em rede, descentralizados; mas também a sua relação com essa cidade: devem estar articulados com outros equipamentos e atuando diretamente nos seus espaços.

Admito que tenho certa dificuldade com a expressão “inclusão social”. Talvez pelo seu uso excessivo, em vários campos do conhecimento, essa expressão tenha assumido um tom esvaziado ou banal, em um discurso que se pretende solução universal para problemas tão singulares. Ou mesmo pelo fato dela ser concebida como uma prática de enquadramento às normas sociais. Prática essa que não deixa espaço para o questionamento mesmo dessas normas, nem para formas diferentes de caber no mundo, bandeira que a loucura irá carregar inexoravelmente. Não acredito que o caminho seja pela dicotomia que os termos “inclusão” e “exclusão” podem estabelecer, nem pela negação dos processos de segregação. Opto por uma via indicada por Dimenstein (2009), que busca pela singularização das situações e dos indivíduos, mas também por entender a sociedade a partir da natureza das interações humanas no cotidiano, em uma perspectiva microsociológica. Assim, é a partir do campo dos sujeitos, dos usuários e de suas concepções e relações com o mundo que essa pesquisa irá se nortear, observando como esses sujeitos se articulam para se movimentar nos espaços da cidade.

Diante do exposto acima, observo que os trabalhos que abordam esse movimento de transição entre um modelo e outro, ao tratarem do problema da relação entre loucura e cidade se debruçaram sobre algumas questões significativas, tais como o problema do estigma (WERLEY, 2006; SOUZA e EULÁLIO, 2011), do lugar dos SRT na cidade (VELOSO et al, 2011), das dificuldades de retorno para uma cidade da qual não se tem memória (WEYLER, 2006), a própria discussão em torno do problema da inclusão/integração social (GONÇALVEZ et al, 2011 e DIMENSTEIN, 2006) . No entanto, em nenhum desses trabalhos são descortinadas as formas como, cotidianamente os loucos ocupam os espaços da cidade e/ou da casa/SRT a partir dessa transição observada, mesmo quando essa ocupação é considerada como uma medida de qualidade de vida fora do hospital (JUNIOR et al, 2011).

1.1.c: Terceiro movimento – o louco na cidade: incentivo à mobilidade e alguns efeitos colaterais da disposição dos serviços substitutivos em rede

O terceiro movimento reúne trabalhos que tratam do louco na cidade e da sua movimentação pelo espaço urbano, problematizando tanto questões geradas pela própria mudança para o Modelo Substitutivo como outras que podem advir do próprio exercício de circulação em si. Há uma expectativa de que a mudança do Modelo de cuidados

produziria a circulação do louco pela cidade ou sua mobilidade. Essa expectativa se fundamenta na própria configuração espacial do Modelo Substitutivo, bem como na sua concepção política. No entanto, alguns autores se questionam se essa mudança é suficiente para promover os efeitos desejados. Vejamos o que tem sido discutido sobre isso.

Circular pela cidade é tarefa cotidiana de todos nós, quer seja para ir ao trabalho, para encontrar com um amigo ou namorado, estudar, para ir a um atendimento médico, ao banco pagar uma conta ou ao salão de belezas. No contexto das cidades contemporâneas precisamos constantemente nos movimentar, agenciamos nosso cotidiano articulando pequenos e grandes deslocamentos juntamente com os momentos de imobilidade ou quietude. Ora, se o movimento pelo espaço urbano é uma necessidade do nosso tempo, ele também se estende como necessidade para os loucos?

A contar da mudança do Modelo de Atenção em Saúde Mental, como vim discutindo, o movimento pelo espaço urbano se torna uma necessidade também para o louco: ele precisa, minimamente, se deslocar de sua casa para ir até o seu local de tratamento, já que ambos não constituem o mesmo espaço mais. Arruda (2016) aponta que alguns usuários conseguem, a partir desse percurso inicial, agregar outros destinos, outras tarefas e outras razões para circular pela cidade, com autonomia e iniciativa. Alguns, no entanto, não gozarão de tais recursos, por motivos diversos, dentre os quais destaco o longo tempo de institucionalização em hospitais psiquiátricos, as dificuldades que podem ser próprias da loucura e de precariedades sociais que acometem essa população, bem como dificuldades encontradas nesse novo modelo de tratamento.

Vieceli (2014) evidencia que é nesse encontro entre movimento, loucura e espaço urbano que surge então uma nova prática clínica, cujo destino é o acompanhamento de sujeitos loucos em seu cotidiano, visando favorecer a criação de laços entre eles e o território no qual habitam. Essa prática foi outrora denominada Acompanhamento Terapêutico – AT e tem vocação para exploração da cidade juntamente com o louco acompanhado.

Alguns estudiosos localizam essa prática no campo de uma resistência micropolítica, pela introdução do diferente, no caso o louco e a loucura, no *espaço racionalizado da cidade* (VIECELI, 2014; PALOMBINI, 2009). Um trabalho de mediação entre loucura e cidade e entre cidade e loucura que tem uma importante função na viabilização da circulação de alguns loucos pelo espaço urbano, sem dúvidas. No entanto, acredito que é preciso cautela para tratar das cidades como *espaços*

racionalizados por excelência. Vieceli(2014) faz uma sólida construção da história das cidades e do urbanismo, também o fazem Costa e Fonseca (2013), tratando especificamente das transformações da cidade de Porto Alegre, argumentando que os sistemas econômicos têm efeito preponderante na organização dos espaços urbanos. Os conflitos do mercado imobiliário, a proliferação do número de carros, verticalização das cidades, as relações centro-periferia, processos de gentrificação, ações higienistas e de maquiagens de zonas periféricas para grandes eventos são alguns dos signos que revelam essa relação tão próxima entre os interesses econômicos e as formas, fluxos e conteúdos de uma cidade.

No entanto, cabe também perguntar quais são os outros elementos que compõem essas transformações e como os sujeitos agenciam suas vidas diante disso que é colocado como um imperativo? Como cada cidade pode lidar com essa constante negociação dos espaços urbanos? Como isso se refletirá tanto na oferta de cuidados para os loucos, como na articulação de sua mobilidade pela cidade? Se concebemos o louco como produtor do espaço urbano e da cultura, precisamos abrir caminho para que também a sua perspectiva de cidade dialogue com essas que estão postas. É nesse sentido que essa pesquisa vem buscando compreender a relação do louco com a cidade, mediada por sua mobilidade.

Um trabalho que traz apontamentos sobre essa perspectiva adotada é a dissertação de mestrado de Arruda, 2016. Em seus movimentos conclusivos, a autora lança luz sobre essa discussão da cidade racionalizada. Arruda (2016) acompanhou a trajetória de três usuários do CERSAM Leste pela cidade de Belo Horizonte e observou, a partir das narrativas biográficas construídas, uma ruptura da ideia de cidade racionalizada. Ela atribui essa ruptura àquilo que escapa aos parâmetros sociais convencionais e que transborda nas cidades: a superposição de lugares que cria atores e cenários limiares e marginais (ARRUDA, 2016).

Assumindo que os espaços da casa e da rua são complementares e trazem marcas de diferentes éticas, ela argumenta que a rua permite certos comportamentos inconcebíveis na ética conservadora de uma casa. A rua pode se colocar então como um espaço de cabimento para a loucura, rompendo *com a concepção dos espaços públicos, das praças e das calçadas como espaços de passagem, esvaziados da produção de sociabilidade* (ARRUDA, 2016, p.97).

Lobosque (1997) ao refletir sobre a busca por uma sociedade mais justa e mais humana, também nos ajuda a pensar sobre essa outra concepção de rua e de cidade,

ressaltando como elemento de constituição dos lugares, o impasse subjetivo. Assim, ela conclui: *a rua talvez não seja nunca o traçado ordenado e puro da circulação pública; será sempre, talvez, o espaço e o lugar possíveis para a errância, o extravio, a extravagância dos sujeitos, para a absurda falta de cabimento de cada um de nós* (LOBOSQUE, 1997, p.71).

Frichembruder(2009) em sua tese de doutorado, ancorada em Santos (2004), apresenta a cidade como o lugar da esperança: *a cidade é o único lugar em que se pode contemplar o mundo com a esperança de produzir um futuro* (FRICHEMBRUDER, 2009, p.118). O que dialoga com Santos quando ela, contando do percurso de um usuário chamado Tadeu pela cidade, revela que ele, ao circular, desenha itinerários, acessa dispositivos, ocupa espaços, mesmo que esses não lhes sejam consentidos, produzindo assim novos sentidos para sua existência (SANTOS, 2014). Ela recorre a teóricos como Certeau e trabalha a questão do caminhar, como um ato de apropriação, leitura e escrita do território. Interessante notar que Santos também traz a perspectiva da rua, para Tadeu, descrevendo da seguinte maneira:

A rua [...] é tomada na vida de Tadeu, como um espaço de potência, que possibilita a constituição de novas subjetividades, que permite encontros com a cidade menos estigmatizantes, assim andar na rua, ocupar e sentir a rua, propõe uma outra experiência urbana (SANTOS, p.38, 2014).

Outro artigo que gostaria de trabalhar nesse momento da discussão é chamado “Vizinhanças: de correntes a redes. Entre fofocas, jardins, compras e outras formas de vizinhar...”. Escrito à muitas mãos, me referirei aos seus autores como Binkowski et. al., 2012. A questão preciosa que esse artigo traz é a perspectiva imediata da cidade como um espaço de trocas: trocas de móveis, monetárias, trocas de sentimentos (afeto, hostilidade, estranheza), trocas não permitidas, os roubos. Por ser esse espaço de trocas, a cidade está repleta de agentes em potencial, que precisam negociar cotidianamente a sua existência no espaço urbano. Binkowski et. al. descrevem várias dessas negociações protagonizadas por moradores de uma SRT, que se situa contígua a uma favela, com os seus vizinhos (BINKOWSKI et. al., 2012).

Ressalto que a intenção aqui não é aquela de romantizar a concepção de rua ou de vida nas ruas ou ainda de desconsiderar todos os complexos conflitos protagonizados no campo das cidades, mas aquela de renunciar a uma concepção que prescreve à priori os efeitos das ações humanas nas cidades. O exercício que me proponho é aquele de observar, nos cotidianos, como os sujeitos lidam com essas ações; quais estratégias

usam para enfrentá-las ou promovê-las; como se articulam diante das possibilidades e impossibilidades; como, enquanto partes de um sistema maior, constroem a suas vidas.

Pensando nas mudanças provocadas pela transformação do Modelo e dos fluxos que, Santos (2014), Pande e Amarante (2011) revelam que o deslocamento para o Modelo Substitutivo em si mesmo pode não ser suficiente para a transformação das representações sociais do louco e até mesmo, que esse novo Modelo também reforça representações estigmatizadas, criando “novos espaços sociais” destinados à loucura. Santos, 2014, relata duas situações nas quais pacientes em tratamento no CAPS foram impossibilitados de utilizar outros equipamentos da cidade por serem “pacientes do CAPS” (SANTOS, p.25, 2014).

Corre-se o risco, ao se pensar que o deslocamento de um modelo para outro seja insuficiente para transformar as representações sociais dos loucos, de uma compreensão simplista ou reduzida do problema em questão. Da forma como foi colocado no trabalho dos autores citados no parágrafo acima, é possível entender que a proposição central da mudança seja o deslocamento físico a ser promovido do espaço do manicômio para o espaço dos serviços substitutivos. Lembro aqui que o Modelo Substitutivo, em sua natureza, não trata apenas de um deslocamento físico de pacientes. Ele trata, na verdade, da construção de uma posição antimanicomial que deve buscar no deslocamento de um espaço para outro a construção de práticas que promovam cidadania e, portanto transformação das representações sociais do louco. Reconheço, entretanto que a construção dessas práticas encontra dificuldades no seu percurso, devendo a crítica ser centrada aí.

Nesse sentido, apesar da estrutura do serviço contribuir para o incentivo ou restrição às práticas de mobilidade de pessoas com sofrimento mental, alguns autores observam, mesmo em serviços territorializados, barreiras significativas à essas práticas, como colocado por Frichembruder(2009), e também por Pande e Amarante(2011). Essa constatação remete à ideia de *motilidade*, trabalhada por Kaufmann et. al., que engloba as características do indivíduo e as da estrutura de maneira articulada (KAUFMANN et al, 2004), permitindo observar e detectar onde se localizam as dificuldades da mobilidade para traçar intervenções que possibilitem minimiza-las.

Pande e Amarante alertam para um possível efeito colateral da disposição dos serviços em rede, algo que nomeiam como a *nova cronicidade* (PANDE e AMARANTE, 2011). Os autores explicam que havia uma expectativa de que com a Reforma Psiquiátrica e os serviços territorializados, a incidência de pacientes crônicos

diminuiria, mas as pesquisas mostram que a nova cronicidade está ligada ao que chamam de características do circuito psiquiátrico. De acordo com eles, esse circuito é formado pela dinâmica da circulação entre os serviços especializados que favorece a fragmentação da assistência, sendo por isso causador da nova cronicidade (PANDE e AMARANTE, 2011). Rauter e Peixoto chamam esse efeito de “carreira do doente mental”, que o faz seguir em procissão, de especialista em especialista (RAUTER e PEIXOTO, 2009)¹².

Observamos ao longo dessa seção que o polo mobilidade do percurso que pretendemos descrever é marcado ora pelo agenciamento de serviços e profissionais (VIECELI, 2014), ora pelo agenciamento dos próprios usuários (ARRUDA, 2016). O problema da concepção da cidade também aparece de forma diversa nos trabalhos e a configuração em rede parece apresentar um efeito colateral indesejado.

Ao longo do balanço é possível seguir a transição da concepção da relação de loucura e cidade acompanhando a mudança de um Modelo para outro, além de ser possível observar como essa transformação afeta as formas do louco transitar pelos espaços urbanos. As discussões a respeito da construção das cidades e dos espaços urbanos, concomitantes aos percursos da loucura parecem bem consolidadas e abrangentes. Também foi possível observar alguns desafios que acompanham todo esse processo através dos estudos de fechamento de hospitais e desinstitucionalização.

Outro ponto que pareceu significativo nesse processo foi a centralidade do problema do movimento do louco pelos espaços da cidade, ora chamado de circulação ora de ocupação dos espaços. O trabalho de Goffman (1974), mostrou muito desses movimentos dentro de uma instituição total, revelando formas de associação entre os internos, estratégias para usos dos espaços, interpretações da organização institucional, construção de territórios. Não encontrei, no entanto, trabalho que se dedicasse a observação tão minuciosa desses movimentos no mundo de fora ou mesmo durante o processo de saída do hospital.

Os estudos que tratam da alta de pacientes de hospitais psiquiátricos, apesar de abordarem os movimentos pelo espaço urbano (WACHS et al, 2010) o fazem de uma perspectiva ilustrativa do processo de desinstitucionalização, não tratando desse tema

¹² É importante ressaltar que nesse artigo os autores partem da análise dos dispositivos de saúde mental, os quais não especificam: estão tratando dos CAPS, dos Centros de Convivência, dos Serviços Residenciais Terapêuticos? Ou ainda, dos hospitais psiquiátricos reformados? Outra ressalva em relação a esse artigo é o uso da expressão “carreira do doente mental” sem menção ao trabalho de Goffman (1974).

como o objeto da pesquisa e portanto não sistematizando esses movimentos. Também não foi possível observar qualquer aprofundamento nos aspectos constituintes da mobilidade durante esse processo de alta: como se movimentam os internos de um hospital psiquiátrico dentro e fora de seus espaços? Quais estratégias usam para lidar com as dificuldades que encontram? Eles têm desejo de se movimentar ou precisam ser provocados nesse ponto? Uma vez que acessam espaços externos aos do hospital, como se sentem nesses espaços? E após a alta hospitalar, como se constituem as práticas de mobilidade nos novos espaços?

Outro problema que não aparece na literatura pesquisada é o problema das escalas de mobilidade. Se há alguma abordagem dos movimentos nos espaços urbanos, aqueles dentro da própria instituição parecem ser eclipsados pelo interesse no encontro da loucura com a cidade. Dessa maneira, há uma grande lacuna na literatura em relação aos pequenos movimentos, aos movimentos cotidianos e rotineiros dentro das instituições, totais ou não. Acredito ser de suprema importância identificá-los e descrevê-los.

Constatando a importância da investigação sobre esses movimentos, reforçada pela pouca produção teórica a respeito, é necessário compreender um pouco mais sobre as teorias que abordam o problema do movimento em si.

1.2: Das teorias da mobilidade: o que é possível extrair para pensar a loucura e os seus modelos de atenção

Quando Tim Cresswell(2011) argumentou em seu trabalho que a mobilidade é um ponto central da nossa era, em primeiro lugar, eu fiquei desconfiada. Será a mobilidade alguma dessas coisas acadêmicas que tentam se encaixar em todos os lugares? Como a mobilidade pode ser o problema da nossa era? Como a tentativa de adaptar a mobilidade a todos os lugares poderia ser um problema da nossa era? Quão flexível é esse conceito que precisa alcançar todos os lugares? Quão articulável que se relaciona com tudo?

O tema da mobilidade na sociologia vem sendo abordado desde seus primórdios com pesquisas que geralmente a relacionam com mobilidade social. Segundo essa perspectiva, o problema em questão se refere tanto à mobilidade do indivíduo, subindo ou descendo, na hierarquia das classes socioeconômicas, como ao movimento

posicional de grupos ou classes sociais (SHELLER, 2014). Isso é apresentado por Mimi Sheller, como a tradição do pensamento sociológico sobre mobilidade.

Algumas lacunas dessa tradição apontaram um caminho que vem sendo desenvolvido para uma nova abordagem desse mesmo tema. Dentre essas lacunas que apontam caminhos, destaco duas: o problema do espaço, que até então aparece como um elemento esvaziado de sentido e potência no processo social e o problema das relações que são estabelecidas entre o corpo e o espaço, mediadas pelo movimento, algo como uma *ontologia relacional* (SHELLER, 2014). Além dessas duas, Mimi Sheller, 2014, ressalta também o problema da especialização das disciplinas, que ao acontecer eclipsa as possibilidades de construções fronteiriças, caminho que inevitavelmente a teoria da mobilidade precisa tomar; e por fim, os problemas das metodologias móveis.

Na intenção de compreender melhor essa espécie de elaboração do tema da mobilidade pela sociologia, me interessa pensar nessa sessão, sobre os três primeiros problemas colocados acima, o problema do espaço, a perspectiva relacional, as fronteiras teóricas desse campo. Eles serão abordados ao longo do texto, de forma relacional e associados a outras questões que a teorização sobre mobilidade vem levantando. Começarei por localizar e debater a centralidade da mobilidade, advogada por Cresswell(2011).

1.2. a: Centralidade da mobilidade

Retomando uma pergunta feita anteriormente, começo essa sessão questionando como a mobilidade pode ser o problema da nossa era?

Cresswell (2011) é quem ajuda a pensar sobre esse questionamento ao dizer dos aspectos naturais e relativos à mobilidade que justificam, de forma sedutora, a sua centralidade. A começar pela consideração de que o movimento é um fato da vida, ele localiza a sua extensão em um contexto global. Contexto esse que diz respeito às coisas em movimento ou impedidas de se mover: o movimento da Terra, as pessoas presas nos aeroportos por causa de desastres naturais,(CRESSWELL, 2011), o movimento dos andarilhos errantes pelas cidades e estradas do mundo; o movimento das políticas públicas; as pessoas presas nas cadeias, hospitais psiquiátricos, comunidades terapêuticas.

No entanto, o fato das coisas estarem em movimento ou impedidas de se moverem não é exatamente o problema da mobilidade, nem o que produz a sua

centralidade, mas sim o que se pode investigar a partir da observação desses movimentos. A Ciência ao se debruçar sobre esse problema pôde observar como as situações de movimento são possíveis ou não, e como elas mudam nosso estilo de vida, nossa relação com o tempo e o espaço, nossa relação um com o outro, tornando-se assim mobilidade (CRESSWELL, 2011).

Para a perspectiva das ciências sociais, John Urry(2000) foi alguém que, a partir da localização da diversidade das mobilidades no século XXI (mobilidade de pessoas, objetos, imagens, informações, resíduos), mobilidades essas que circulam por variadas redes e fluxos, observou a transformação da realidade social de maneira tal que propôs uma nova forma da própria sociologia enxergar e abordar seu objeto. Tal forma sugere que é pelo arcabouço da mobilidade que a análise sociológica deve se pautar (URRY, 2000).

O novo *paradigma da mobilidade* ensinou que apenas a proximidade entre as pessoas não faz a vida social. Por outro lado, percebendo que as relações são feitas de proximidades e distâncias intermitentes, foi possível observar que esses turnos de presença e ausência produzem efeitos diversos nas relações, dentre os quais destaco o exercício simbólico da presença imaginada, que depende de conexões diversas (BUSCHER e URRY, 2009). Para viabilizar esses turnos de presença e ausência que constituem a vida social, é necessária a existência não apenas da tecnologia de comunicação e transporte de pessoas, como também sistemas que viabilizem o movimento de ideias, objetos, imagens através de distâncias variadas. É justamente essa concepção de que a vida social é feita da relação entre os movimentos de seres vivos e matéria, de ideias e imagens, pelo espaço o que sustenta a novo *paradigma da mobilidade* (BUSCHER e URRY, 2009).

A partir dele, Buscher e Urry(2009), elencaram cinco tipos de mobilidades interdependentes que formam, a começar por sua relação, um complexo sistema de redes e fluxos: mobilidade do corpo (deslocamentos do corpo para o trabalho, lazer, vida em família, etc), mobilidade física (grosso modo, se resume na mobilidade dos objetos, mas inclui também as montagens e reconfigurações de pessoas, objetos e espaços, como parte da construção do espaço e da habitação), viagem comunicativa (acontece na escala do contato de pessoa para pessoa, através da condução corporal, mensagens de texto, cartas, telefone, celulares, etc), viagem imaginativa (realizada pelas conversas e imagens de lugares e pessoas circulando pelas mídias visuais) e viagem virtual (frequentemente acontecendo no tempo real, permite a presença e ação a longas

distâncias). A essa mudança na maneira de teorizar a mobilidade, foi dado o nome de *virada da mobilidade* e a partir dela, o *novo paradigma da mobilidade* passou não só a considerar e analisar os movimentos para além daqueles dos indivíduos, como descrito acima, como também a endereçar criticamente questões sobre justiça de mobilidade (direitos de mobilidade e mobilidade sustentável) e sobre capacidade de mobilidade (direitos de acesso à cidade e justiça de transporte) (SHELLER, 2014).

1.2. b: Caminhos para entender a mobilidade

Paola Jirón, (2010) define que mobilidade, diferente de movimento, é uma prática social e urbana, que possibilita restrição ou expansão dos espaços, aqui entendidos como espaços potenciais de socialização. Em outras palavras, *mobility implies giving meaning to the practice of moving from one place to another* [mobilidade implica em dar significado à prática de se mover de um lugar para outro] (JIRÓN, 2010, tradução livre, p. 67) e sugere a possibilidade de apropriação e transformação dos lugares durante essa prática. Também engloba, segundo essa autora, o acesso a novas e diferentes atividades, relações, espaços ou objetos na cidade.

Complementar a essa concepção, Kaufmann (2014) a define como a intenção e a realização de um ato de movimento no espaço físico que envolve mudança social. Para Lévy, mobilidade é uma *relação social ligada à mudança de lugar, ou o conjunto de modalidades pelas quais os membros de uma sociedade tratam a possibilidade de eles próprios ou outros ocuparem sucessivamente vários lugares* (LÉVY, 2001, p.1).

Nessas três definições, temos como protagonistas o sujeito do movimento e o lugar/espaço¹³. Derivando do sujeito, Jirón(2010), inclui também o significado do movimento e Lévy(2001), a possibilidade de ocupação de vários lugares/espaços. O problema da prática associado ao significado me parece uma forma de interpelação: qual é o sentido dado a um movimento que se repete na realidade? Chama a atenção que o tempo não seja mencionado em nenhuma das três definições e que o espaço seja pensado em separado dessa outra dimensão.

Considero importante no estudo da mobilidade, e sobretudo pelo fato dessa pesquisa discutir, em alguma medida, o problema da reclusão social forçada, considerar o seu contraste, a sua oposição: se a mobilidade parece ser a palavra da vez, como lidar

¹³ Nesse momento considerarei lugar e espaço como sinônimos.

com seu oposto, a imobilidade? Baseado em Jirón(2010) qual significado dado à prática de não se mover de um lugar para outro? Alguns autores ensinam que a mobilidade em si não é boa nem ruim, mas um elemento constituinte da vida e das relações no planeta (URRY, 2010; ADEY, 2016; CRESSWELL, 2011; SHELLER, 2014). O seu contraste, dessa maneira, automaticamente assume também esse posto constituinte. Se percebemos o movimento é porque, em algum momento, percebemos também sua falta. Refletindo sobre essas duas formas, SHELLER (2014); BUSHER e URRY (2009) são consensuais em criticar aqueles que optam por compreender a relação entre mobilidade e quietude como uma relação dicotômica. Sheller, dialogando com Hannam, lembra que *onovo paradigma da mobilidade enfatiza as relações entre mobilidades e imobilidades ou ancoragens, incluindo as dimensões política e ética da mobilidade desigual*(HANNAM et. Al., 2006¹⁴ apud SHELLER, p 790, 2014)

Para propor outra opção de compreensão, que escape às dicotomias, esses autores (SHELLER, 2014; BUSHER e URRY, 2009) nos convidam a um aprofundamento da discussão, colocando sob lentes de aumento situações corriqueiras nas quais mobilidade e ancoragem aparentam estar escancaradas bem definidas dicotomicamente. Tais são os estudos que se debruçam sobre os aeroportos e as relações estabelecidas nesses espaços (ADEY, 2006; CWERNER et. al., 2009). Aceito o convite de Adey (2006) e derivo essa análise para o espaço de uma casa, espaço esse que está sendo abordado por essa pesquisa. Assim como o aeroporto, a casa, á primeira vista se apresenta como espaço fixo, pesado, imutável, ancorado, concreto. A casa é um ponto no espaço, um ponto na superfície pelo qual linhas/fluxos passam, segundo a *sintaxe euclidiana* (RAFFESTIN, 1993).

Mas se olharmos de perto esse ponto, essa casa, nos encontraremos não apenas com paredes imóveis, com um chão estático, com limites bem delimitados e fixos. Encontraremos, pelo contrário, fissuras nas paredes, buracos que em outros momentos abrigaram pregos, resquícios de uma tinta velha, marcas no piso, de móveis que estiveram por muito tempo em uma mesma posição. Em outras palavras, encontraremos marcas de que mesmo aquela construção sólida sofreu os efeitos de algum tipo de movimento, quer seja da erosão natural dos ventos e do sol ou da ação humana. Assim, em uma escala de tempo e espaço apropriada, é possível observar a mudança nesse ponto no espaço, uma forma de movimento.

¹⁴Hannam K, Sheller M and Urry J (2006) Mobilities, immobilities, and moorings. *Mobilities* 1(1): 1–22.

Se por outro lado escutarmos um adulto contar do encontro das lembranças de sua casa de infância com a imagem atual que ele tem da mesma casa, teremos revelado, certamente, outro percurso de transformação do espaço, aquele que é operado através das imagens simbólicas. Poderemos observar nesse tipo de relato, um cômodo encolher, um móvel mudar de tamanho, a transformação da vista da janela, o sumiço de uma sombra que antes o sol projetava, o aparecimento de barulhos que antes não havia. Seria possível separar o que é o espaço do que é a percepção do espaço?

Com esses pensamentos quero introduzir duas questões fundamentais para pensar a mobilidade, quais sejam os aspectos diferenciais e relacionais desse conceito (ADEY, 2006). Para tanto, sugiro, nesse momento, pensarmos a mobilidade como algo subjetivo e que se insere em um mundo que também é constituído por matéria, objetos e coisas. As maneiras com as quais esses elementos se encontram no espaço-tempo e os efeitos que esses encontros têm, trazem como resultado o movimento como algo diferenciado e não uniforme. Quem pode se mover no espaço-tempo e quem não pode aparecem como questões constituintes do problema da mobilidade.

Concomitante a isso, e talvez como uma consequência disso, nos deparamos com o elemento relacional. O que nos leva a pensar sobre as relações que se estabelecem entre as diferentes pessoas, contextos, significados e qual a resultante dessas relações em termos de movimento. Dessa maneira, a mobilidade assume certo status relativo, podendo um mesmo movimento apresentar características diferentes.

Pensar a mobilidade a partir dessa perspectiva relacional e diferenciada, remete ao conceito de *motilidade*, de Kauffman(2004). Esse conceito conjuga aspectos do indivíduo e externos a ele, considerando tanto seu poder de agencia quanto as peculiaridades do que lhe é externo. Dialogando com Manuel Castells (1977), Kaufman (2004), argumenta que a distribuição espacial de bens, informações e pessoas tem uma interdependência dinâmica com a estrutura social, de maneira que compreende a discussão da mobilidade como um fenômeno híbrido: geográfico e social. É ainda Castells quem oferta o ponto de ancoragem de onde parte a construção do conceito de *motilidade*, ao afirmar seu interesse “pelos relações entre o espaço constituído e as transformações estruturais de uma sociedade” (Castells, 1977, p. 138¹⁵ apud KAUFMANN, p. 745, 2004). Orientando-se por esse norteador, Kauffman propõe o conceito de motilidade como sendo “a capacidade das entidades de serem móveis no

¹⁵Castells, M. (1977) The urban question. Arnold, London.

espaço social e geográfico, ou a forma pela qual as entidades acessam e se apropriam das capacidades para mobilidade sócio-espacial de acordo com suas circunstâncias” (KAUFMANN, p. 750, 2004). Hannam, Sheller e Urry(2006, p. 3), consideram que motilidade seja a “dimensão crucial das relações desiguais de poder”.

Em consonância com os aspectos relacionais e diferenças abordados acima (ADEY, 2006), *motilidade* aparece como uma lente que promove visões ampliadas dos movimentos. Para tanto, se estrutura a partir da sugestão de três eixos interdependentes e estruturantes da mobilidade: o acesso, relacionado às opções e condições do espaço; a competência, que diz sobre habilidades e destreza do indivíduo; e a apropriação, referente à interpretação e ação do indivíduo. Essa estruturação possibilita lançar um olhar para as características do ator que o permitem ser móvel (habilidades físicas, aspirações, renda), para a condição social do acesso ao movimento, incluindo sistemas de transportes e telecomunicações e para as habilidades adquiridas (treinamento, estratégias, carteira motorista, língua estrangeira) (KAUFMANN, 2004).

Caminhando nessa rota, o autor sugere ainda outro interessante aspecto analítico para a motilidade, qual seja, sua compreensão como um capital. Escolhe usar esse termo, entendendo que a motilidade pode se comunicar com outras formas de capital, tendo características horizontais e hierárquicas comuns, pensando nas suas complexas formas de interação. A principal virtude de uma abordagem sistemática da mobilidade, segundo Kaufmann é o reconhecimento de que o movimento pode tomar diferentes formas, que essas diferentes formas podem ser intercambiáveis, e que a potencialidade do movimento pode ser expressa como forma de “movimento de capital” (KAUFMANN, 2004).

A centralidade da relação entre indivíduo e estrutura nas discussões sobre mobilidade e sua aplicação teórica/conceitual, leva a discussões diversas, dentre as quais destaco a proposta de John Urry, da compreensão dialética da mobilidade/ancoragem. Ao propor uma visão e interpretação circular da sociedade, John Urry está refletindo sobre a ineficácia das discussões baseadas na relação linear entre estrutura e indivíduo/agência, a partir da compreensão de uma sociedade marcada pela complexidade, na qual a metáfora explicativa deve ser aquela das conexões, sustentada pela perspectiva relacional de seus atores e integrantes (URRY, 2003).

Assim como recusa a visão linear entre estrutura e indivíduo, Urry, ao recusar uma interpretação dicotômica entre mobilidade e imobilidade, propõe uma interpretação relacional entre esses dois fenômenos, explicitando, que para que um ocorra, o outro

deve, necessariamente, também ocorrer. E é essa forma relacional e dialética da mobilidade/imobilidade quem produz a complexidade social. Essa complexidade é fruto, não só dessa relação, mas também dessa relação colocada no tempo-espaço. Dessa maneira, a própria dialética mobilidade/imobilidade pode operar de maneiras diferentes sendo transformada e produzindo transformações ao longo do tempo e do espaço, colocando-se como uma perspectiva histórica, na qual os eventos passados não são esquecidos, senão incorporados em alguma medida. Urry atribui esse dinamismo, sobretudo, às máquinas e as relações que são estabelecidas entre elas e os indivíduos (URRY, 2003).

Tendo como base a discussão feita nessa seção, defino que o conceito de práticas de mobilidade que será usado nessa pesquisa, se refere ao conjunto de movimentos e quietudes realizados por um indivíduo/agente/sujeito no espaço e no tempo. Ao usar o termo “práticas” estou aqui me referindo a ações, de quietude ou movimento, que se repetem com alguma frequência no cotidiano desses agentes. Essas práticas envolvem relações entre sujeitos, espaço, tempo, objetos e informações que, assumindo formas diversas podem produzir impactos/transformações nos próprios elementos constitutivos dessas relações (sujeitos, espaço, tempo, objetos e informações).

1.2. c: Mobilidades nas fronteiras

A busca por compreender a mobilidade de alguns sujeitos loucos, me guiou por outros lugares teóricos, requerendo assim, a mobilização de outros campos do saber. Em uma perspectiva que se constitui a partir dos diálogos entre áreas variadas, antropologia, geografia, sociologia, a mobilidade, se propõe a *defender uma ontologia realista relacional capaz de transcender os antigos debates e superar os limites disciplinares* (SHELLER, p.790, 2014). Dentre essas possibilidades, o campo da geografia se apresenta como uma fronteira estruturante, quando oferece discussões sobre tempo- espaço (THRIFT e MAY 2003, MASSEY, 1999), lugar, espaço e território (RAFFESTIN, 1993), escalas (HOWITT, 2003). Abaixo seguem algumas breves discussões levantadas nesse campo, que se conectam de maneira estrutural às reflexões sobre mobilidade.

A utilização dos termos espaço, lugar e território pode, comumente, se referir a uma mesma coisa, sendo os três conceitos empregados frequentemente como

sinônimos. Lugar e território são termos utilizados largamente pelos profissionais do campo da saúde mental. O primeiro, frequentemente usado em discussões de casos, reuniões de equipe, supervisões, diz do lugar que um sujeito ocupa na sua relação com outro, algo como sua posição subjetiva. Nesse campo, o lugar é concebido como algo passível de mudança: se o outro muda de lugar nessa relação, isso pode provocar a mudança de lugar também desse sujeito; se o ambiente é transformado, isso também pode ter efeito de mudança; se o sujeito se coloca em tratamento, se ele passa a receber alguma fonte de renda, se perde um parente próximo, tudo isso tem potencial para provocar mudança de lugar subjetivo.

O território por sua vez, é um termo que emerge no campo da saúde a partir da lógica de cuidado que o SUS propõe, sobretudo ao que se refere à regionalização do cuidado, preconizado em seus princípios e diretrizes (BRASIL, 1990). Essa regionalização se refere à delimitação de uma base territorial para o Sistema Único de Saúde, levando em consideração tanto as divisões político-administrativas do país, como também a delimitação de territórios específicos para a organização das ações de saúde. A Política de Saúde Mental, por estar dentro do Sistema Único de Saúde, é automaticamente submetida a essa forma de organização. Assim, o ponto de partida para se pensar o território dentro desse campo é aquele constituído a partir da normativa político-administrativa, o que, por um lado pode assumir uma posição meramente administrativa. Por outro lado, essa forma de organizar a rede de serviços do SUS, tanto os de saúde mental, como os outros, coloca serviços de saúde como operadores no território, como instituições que precisam acessar, de alguma forma, os espaços fora dos seus limites físicos para compreender e tratar dos processos de adoecimento dos seus usuários. A própria noção de saúde aqui, é adotada em uma perspectiva mais ampla, fugindo da relação puramente dicotômica, saúde versus doença.

De alguma forma essa perspectiva do território está relacionada com aquilo que teóricos da geografia discutem sobre o termo. Segundo Claude Raffestin, 1993, o espaço é tido como um campo de possibilidades que se torna o território de um ator, desde que tomado em uma relação social de comunicação. Com isso ele está considerando que o ator age sobre o espaço, comunicando suas intenções através de um sistema semântico. Os serviços de saúde do SUS se colocam, a partir do exposto acima como atores que, atuando no espaço, o transformam em território.

No curso dessa discussão, considero válido pensar sobre como os problemas do espaço, mas também do tempo e do tempo-espaço, vem sendo elaborados pela

geografia. Em um caminho parecido com aquele que a mobilidade percorreu no campo da sociologia, há uma *virada espacial* produzida com base em um contexto que preliminarmente compreendia o espaço a partir de formulações unidimensionais e dualistas (THRIFT e MAY, 2003). A proposta de compreensão aqui é, assim como aquela da mobilidade, adotar uma perspectiva mais relacional, na qual tempo e espaço sejam considerados como “conceitos relativos, ou seja, determinados pela natureza e comportamento das entidades que os habitam” (RAPER e LIVINGSTONE, 1995, p. 363¹⁶ apud MASSEY, 1999, p.262). Para tanto, Thrift e May propõem pensarmos em termos de espaço-tempo e suas multiplicidades.

Para fins de uso nessa pesquisa, avalio ser importante ressaltar, dentro do aspecto relacional, as características múltipla, dinâmica e heterogênea da construção do que eles chamam de *tempo social* (THRIFT e MAY, 2003). São essas as características que garantem que o tempo não se encaixa em uma categoria fixa, e que a sua relação com o espaço é heterogeneamente construída: tempo e espaço são categorias que interagem entre si, se retro-alimentam, regulam e/ou sobrepõem (THRIFT e MAY, 2003). À título de ilustração, os autores falam sobre os ritmos, que, sendo diversos e variados em cada sociedade, produzirão, inevitavelmente efeitos socialmente desiguais. Essa questão da diversidade dos ritmos e sua relação com o espaço é uma questão que toca diretamente o problema de pesquisa aqui levantado, deixando perguntas sobre como essa diferença opera para cada um em situações de internações em instituições psiquiátricas por um tempo tão prolongado quanto a extensão de uma vida?

Certa vez, um professor de piano me explicou sobre ritmo da seguinte forma: ritmo é a distribuição das notas pelo tempo da música, ritmos são formas de marcar o tempo, criadas a partir da repetição de intervalos que podem ser ou não regulares. E é a música quem muito tem a ensinar sobre esse encontro de tempo e espaço. Wisnik, 2014, no seu livro “O som e o sentido”, faz essa conexão ao dizer que o tempo é marcado no corpo (espaço) e pelo próprio corpo, citando o exemplo dos indianos que usam como referência para unidade de tempo o batimento do coração ou o piscar do olho.

Ainda seguindo a guia musical, o ritmo se encontra com o problema da escala. Nesse campo a escala pode ser definida como um conjunto mínimo de notas com as quais se forma a frase melódica; como um estoque simultâneo de intervalos ou como uma reserva mínima de notas (WISNIK, 2014) Segundo o autor, a sua construção é feita

¹⁶Raper J and Livingstone D 1995 Development of a geomorphological spatial model using object-oriented design *International Journal of Geographical Information Systems* 9 359–83

pelos culturas, de forma artificial, que permite, com frequência, o reconhecimento daquilo que ele chama de território e paisagem sonora. Assim, de forma inconsciente algumas vezes, ao conseguirmos identificar a escala na qual a música está sendo tocada localizamos, a partir de então, sua cultura e território sonoros, como é o caso quando escutamos uma música napolitana, japonesa ou nordestina. De maneira similar, o problema das escalas também permite a localização de um território espacial a partir das relações que os indivíduos articulam nesse território, dos intervalos que criam, daquilo que acumulam (HOWITT, 2003).

No entanto, para o campo da geografia, mais do que a distribuição de um conjunto de indivíduos pelo espaço, a escala representa uma construção social de formas desses indivíduos articularem os espaços, de maneira que não se configura como uma característica inerente a eles (HOWITT, 2003). Essa perspectiva será abordada nessa pesquisa compreendendo que para alguns de seus sujeitos ou em alguns momentos desses sujeitos, o espaço predominante dessa articulação será o seu próprio corpo, para outros, ela ocorrerá nos espaços das casas, das ruas, dos bairros. Esclareço aqui que não considerarei a relação entre esses espaços: corpo, casa, rua, bairro, em uma perspectiva hierárquica, mas sim em uma perspectiva relacional, construída cotidianamente.

Tendo em vista que os estudos do campo das ciências sociais ainda não se voltaram para o tema da organização espacial de maneira a reconhecer que a vida social pressupõe e, geralmente, envolve conflito sobre o movimento atual e imaginado de pessoas entre espaços e eventos (Hannam, Sheller e Urry, 2006), pretendo problematizar as mobilidades dos usuários observando tanto os processos de negociação que as perpassam, como os conflitos que geram.

A partir do arcabouço construído por esse marco, mas também em diálogo com outros campos, descrevo abaixo a construção do problema sobre o qual essa pesquisa irá se debruçar.

2.3: Construção do problema e objetivos da pesquisa

Partindo da transformação do modelo de cuidado em saúde mental, a cidade de Belo Horizonte viveu uma situação singular ao organizar o fechamento do último Hospital Psiquiátrico conveniado com o SUS da cidade, a Clínica Serra Verde– CSV. Pois, ao organizar esse processo de fechamento a Secretaria Municipal de Saúde

precisou abrir um dispositivo intermediário, que abrigaria os pacientes vindos da CSV e organizaria a sua alta. Esse dispositivo ficou conhecido como Hospital Psiquiátrico Transitório ou Hospital Sofia Feldman – Unidade Psiquiátrica, optarei por chama-lo pelo primeiro nome ao longo da pesquisa.

Para operacionalização desse processo de alta, uma equipe, denominada Equipe de Desinstitucionalização, atuava em duas frentes: buscando elementos que ajudassem a reconstituir as histórias daqueles pacientes e rerepresentando os espaços da cidade para cada um, conforme suas possibilidades (desejo, capacidades físicas, avaliação do momento psíquico). A partir dessa segunda frente de funcionamento a equipe foi localizando, como em um trabalho de observar a *motilidade* dos usuários, quais habilidades cada paciente precisava desenvolver ou aprimorar para circular pela cidade. Essa equipe trabalhava em uma perspectiva que considerava que todos os usuários acompanhados poderiam acessar a rua e, futuramente, fazer seu tratamento na Rede Substitutiva ao Manicômio.

A cidade foi tomada como espaço de aprendizagem e os atores envolvidos nas cenas, como aprendizes: o louco, o profissional e as outras pessoas que estivessem no local. Adotando essa perspectiva, foi possível perceber a pluralidade desse processo que, em alguns momentos foi chamado de “reencontro com a cidade”. Constantemente em reuniões de equipe discutíamos como o dono da padaria lidava com Lila e com Neguinho e como Lila e Neguinho reagiam ao tratamento que lhes era dispensado, enquanto fregueses/clientes. Esse trabalho era compreendido como o início de um processo que para cada usuário teria um tempo, mas que certamente precisaria ser continuado após a alta hospitalar.

Concluído o trabalho, fechado o Hospital Transitório, o município de Belo Horizonte acabou por acolher muitos desses usuários em seus Serviços Residenciais Terapêuticos. Esses são serviços que possuem, segundo a portaria que os regulamenta (BRASIL, 2000), caráter residencial e substitutivo da internação psiquiátrica prolongada. Na prática, os espaços físicos dos SRT de Belo Horizonte se caracterizam pela natureza residencial, o que, em princípio, já se constitui como uma forma de substituir a internação psiquiátrica. Afirmando isso, tendo em vista as diferenças espaciais desses dois lugares¹⁷: hospital e casa. No entanto, mesmo que o espaço desses serviços seja aquele de uma casa, há ainda uma diferença entre eles, por serem serviços, e

¹⁷ Lugares aqui usado como sinônimo de espaço

aquelas casas que são privadas ou particulares. Nos SRT os espaços são co-habitados pelas características próprias àquelas observadas em serviços¹⁸ e àquelas observadas em casas. Esse tipo de configuração, que marca uma diferença entre os dois espaços, me parece significativa em termos de mobilidade e aponta para a formulação de uma pergunta de pesquisa: quais eram as práticas de mobilidade dos usuários internados no Hospital Transitório e quais são as práticas de mobilidade que passaram a desenvolver depois da alta hospitalar?

Assim organizo essa pesquisa com o objetivo de compreender as práticas de mobilidade desenvolvidas no espaço peculiar do Hospital Transitório e suas adjacências em contraste com aquelas desenvolvidas nos SRT e seu entorno, através da sua descrição. Ao descrever essas práticas me atentarei também para o relato das interações entre os usuários e os diferentes agentes que circulam e habitam os espaços onde eles descrevem suas práticas de mobilidade cotidianas, quer seja no espaço do Hospital Transitório ou no espaço dos SRT. De posse dessas descrições, investigarei as transformações ocorridas, buscando compreender as diferenças entre as mobilidades no espaço de fechamento (hospital) e aquelas no espaço de abertura (SRT).

Aproveitarei a oportunidade para analisar também a história do Hospital Transitório, seu processo de fechamento, bem como o trabalho para desinstitucionalização dos usuários, tendo a transformação do modelo de cuidado em saúde mental no Brasil como balizador.

¹⁸ Me referindo aqui a serviços públicos de saúde

CAPÍTULO 2: Percurso metodológico

O percurso metodológico para o estudo das práticas de mobilidade dessa pesquisa transitou por estratégias variadas tanto de coleta como de análise dos dados. Divididas em etapas complementares, essas estratégias foram organizadas de forma tal que os resultados de coleta e análise de algumas delas se constituíram como a base para a etapa seguinte. Constatando que esse percurso metodológico traz revelações interessantes sobre o processo de transformação do modelo de cuidado em saúde mental, opto por apresentá-lo respeitando a ordem cronológica do seu acontecimento. Para tanto, esse capítulo foi organizado da seguinte forma: na primeira seção descrevo as estratégias usadas para a seleção dos sujeitos da pesquisa, bem como os critérios usados e a própria amostra. Grosso modo, essa etapa encontra-se localizada no Hospital Transitório. Em seguida, descreverei os recursos metodológicos usados para a compreensão das práticas de mobilidade desenvolvidas pelos sujeitos participantes da pesquisa nos Serviços Residenciais Terapêuticos. Em cada uma das duas etapas descreverei tanto as estratégias de coleta como aquelas de análise dos dados.

Uma terceira seção foi construída para descrever brevemente as fontes e metodologias usadas para coletar os dados necessários para contar ao leitor sobre a história do Hospital Transitório e seu contexto político.

A última seção abordará os desafios metodológicos, descrevendo a minha entrada em campo, bem como os sujeitos participantes dessa pesquisa.

2.1: Como compreender as práticas de mobilidade dos sujeitos loucos nos espaços do Hospital Transitório?

Ao pensar sobre qual recurso eu usaria para compreender as práticas de mobilidade dos sujeitos loucos, me deparei com a questão também de ter que decidir sobre quais sujeitos loucos eu iria falar. Em outras palavras, como escolher os participantes? Esses questionamentos se tornaram um pouco mais complexos, tendo em vista que o Hospital Transitório já não existia mais no momento da realização da pesquisa de campo, impedindo que eu pudesse coletar os dados em tempo real. A solução encontrada para essa situação foi a realização de um Grupo Focal com

trabalhadores do Hospital Transitório, tanto aqueles da Equipe de Desinstitucionalização como aqueles da Equipe do Sofia¹⁹, bem como a consulta aos prontuários. Tendo em vista que essa primeira solução se mostrou insuficiente para a definição da amostra, um terceiro recurso foi utilizado, qual seja, a descrição e categorização dos Serviços Residenciais Terapêuticos abertos para abrigar os usuários do Hospital Transitório.

2.1. a: Memórias coletivas sobre as mobilidades no Hospital Transitório: Grupo focal e entrevistas

Ao utilizar o recurso do Grupo focal busquei a realização de um trabalho de construção e reconstrução coletiva das memórias referentes às práticas de mobilidade dos usuários durante a internação. Assim, o uso do grupo focal se apoiou na interação entre os seus participantes para produzir dados sobre o tema trabalhado (MORGAN, 1997). Mais do que produzir dados sobre as práticas de mobilidade dos usuários, o grupo focal funcionou como um ponto de partida para as etapas seguintes de coleta de dados, uma vez que a partir das discussões geradas ali foi possível começar a construção da categorização das mobilidades encontradas dentro do hospital e a partir delas, definir a amostra da pesquisa. Dessa maneira, o uso desse recurso nessa pesquisa contribuiu de maneira única tanto para o entendimento do fenômeno estudado (MORGAN, 1997), como para o desenrolar das demais fases de coleta.

Planejei-me para realizar dois grupos focais com os trabalhadores do Hospital Transitório. A divisão dos grupos seguiu o critério das categorias profissionais, de maneira que para o primeiro foram convidados trabalhadores com formação superior e para o segundo aqueles que não tinham formação superior, conforme mostrado na Tabela 1. Com esse critério procurei evitar o surgimento de qualquer tipo de desconforto dos trabalhadores ou inibição de fala, sobretudo daqueles que não tinham formação superior, tendo em vista que havia certa hierarquia entre eles durante o trabalho no hospital.

Assim, o primeiro grupo contou com oito participantes, com as seguintes formações: educador físico, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, psicólogo e médico.

¹⁹Equipe do Sofia era a forma como nomeávamos a equipe composta por profissionais que compunham o corpo clínico do hospital e, portanto, eram contratados pelo Hospital Sofia Feldman – Unidade Psiquiátrica (memórias do hospital)

Todos os integrantes aceitaram prontamente o convite para participarem da pesquisa, assinaram o TCLE e contribuíram de forma bastante ativa durante o grupo focal, que durou quatro horas e meia. Foi adotada a perspectiva do funil para a condução do grupo focal. Segundo Morgan (1997), nessa perspectiva a condução do grupo começa de forma menos estruturada, dando prioridade à discussão livre. Nessa etapa foi ofertada uma orientação inicial sobre o andamento do grupo e os participantes foram convidados e incentivados a pensar livremente sobre o que são práticas de mobilidade e quais eram aquelas desenvolvidas pelos usuários enquanto ainda estavam internados no HSF.

Em um segundo momento, passei a conduzir o grupo para uma discussão um pouco mais estruturada, orientando os participantes a falarem de maneiras mais específicas sobre as práticas de mobilidade dos usuários durante a internação. Nessa fase o foco foi na especificidade de alguns usuários e nas formas com as quais se movimentavam dentro do hospital.

Os participantes demonstraram motivação durante a participação revelando sentimentos e emoções relacionados ao trabalho no Hospital Transitório, bem como efeitos desse trabalho em suas vidas pessoais. O grupo interagiu bem, dando sequência e complementando as falas uns dos outros. Precisei intervir poucas vezes, intervenções essas que se relacionavam mais com a necessidade de certa contenção dos tempos de fala do que com estímulos para que as falas ocorressem. Como havia trabalhadores das duas equipes que compuseram o Hospital Transitório, percebi que ali também foi um momento no qual algumas condutas conflituosas da época do trabalho no hospital puderam ser esclarecidas, debatidas e ressignificadas.

Em relação ao segundo grupo focal me deparei com uma situação bastante diferente. Já no momento do contato com os trabalhadores, eles demonstraram dificuldade para comparecer ao local e horário marcados, mesmo comigo ofertando a cobertura das despesas com os gastos de transporte. A justificativa da maioria deles para essa dificuldade era relativa ao trabalho que estavam exercendo no momento, o qual se realizava em regime de plantão de 12 horas, em dias alternados da semana. Alguns chegaram a confirmar a presença comigo, no entanto não compareceram no dia. Apenas uma trabalhadora esteve presente no que seria o segundo grupo focal, sua função no Hospital Transitório era de auxiliar de cozinha. Na impossibilidade de gerar uma discussão em grupo, optei por realizar uma entrevista com ela, na qual segui o mesmo roteiro utilizado para o primeiro grupo.

Na tentativa de compensar a falta de dados gerados pelos trabalhadores sem formação superior, fiz quatro entrevistas, seguindo o mesmo roteiro do grupo focal, com um porteiro, um técnico de enfermagem, uma estagiária e uma trabalhadora dos serviços gerais. Das quatro entrevistas, em apenas duas consegui dados mais aprofundados sobre a perspectiva do entrevistado sobre mobilidade e algumas considerações relativas às mobilidades específicas de alguns usuários. Nas outras duas entrevistas eu tive dificuldade de que os trabalhadores explorassem o tema, de maneira que as respostas dadas não acrescentaram relevância para o material que eu já tinha. Imagino que a efetivação do grupo focal teria efeitos nessas dificuldades, uma vez que entre seus pares, as lembranças poderiam ser ativadas e complementadas, como aconteceu no primeiro grupo.

Tabela 1: Composição grupos focais e entrevistas

Categoria profissional	Grupo Focal 1	Grupo Focal 2	Entrevistas
Fisioterapeuta (Equipe Sofia)	X		
Educador Físico (Equipe Sofia)	X		
Médico (Equipe Sofia)	X		
Psicólogos (EDBH)	X		
Terapeutas Ocupacionais (EDBH)	X		
Auxiliar de cozinha (Equipe Sofia)		X	
Técnico enfermagem (Equipe Sofia)			X
Auxiliar de limpeza (Equipe Sofia)			X
Porteiro (Equipe Sofia)			X
Estagiária (EDBH)			X

Embora ao final dos dois grupos focais planejados eu tivesse um bom material para análise, ainda restaram algumas questões a serem esclarecidas sobre as práticas de mobilidade de alguns dos usuários que estiveram internados no hospital. Em decorrência disso e da facilidade de acesso que eu tive a alguns desses trabalhadores, realizei mais um encontro com dois deles, Felipe Arthur e Izabela Lopes, ambos integrantes da Equipe de Desinstitucionalização, para que me auxiliassem nesse processo. O resultado final desse primeiro investimento metodológico foi a construção do “Quadro das práticas de mobilidade”. Nesse Quadro descrevemos as mobilidades de

137, dos 149 usuários que estiveram internados no hospital a partir de nossas memórias. Os doze que não foram descritos, não o foram pois esbarramos em dificuldades de recordar suas mobilidades. Dessa maneira eles foram desconsiderados do universo da pesquisa.

Aqui também me utilizei de relatos dos prontuários de alguns usuários. Essa parte da pesquisa foi feita com a autorização do Hospital Transitório para investigação desses arquivos. No entanto, nem todos os prontuários pedidos foram disponibilizados e a própria extensão do material impossibilitou uma análise mais aprofundada. Dessa forma, esse recurso foi usado de maneira complementar aos outros já citados.

O “Quadro das práticas de mobilidade” se constituiu como a base da qual eu comecei a construir a amostra dessa pesquisa. Observando a descrição das mobilidades dos usuários foi possível agrupá-las de acordo com as variações encontradas. Esse agrupamento foi feito em duas etapas. Na primeira dividi os usuários em dois conjuntos, seguindo o critério que chamei aqui de área de concentração do movimento. Assim os participantes foram agrupados em “Grupo de dentro” e “Grupo de fora”²⁰, que se referem aos espaços nos quais seus integrantes acumulavam movimentos significativos do seu cotidiano. Dentro e fora aqui estão relacionados com os espaços internos e externos ao Hospital Transitório.

Uma vez feita essa divisão, foi possível perceber que em cada área de concentração dos movimentos existiam outras variações, de maneira que dentro desses grupos foram observadas diferentes características desses movimentos, permitindo a criação de subcategorias. Desse modo, das mobilidades observadas no Grupo *de dentro*, criei as seguintes subcategorias: *Circuito institucional* e *Circuito particular*. No Grupo *de fora*, criei: *Projetos na cidade* e *Projetos de alta*.

É importante ressaltar que esse esforço para categorização dos movimentos dos usuários foi um exercício, de certa forma, didático, que pretende permitir que o leitor entenda um pouco dos cotidianos hospitalares e extra-hospitalares. Posto isso, cabe também salientar que a alocação em um determinado grupo foi feita a partir da análise dos movimentos predominantes de cada usuário, ou seja, dentro do tempo em que estiveram internados no Hospital Transitório, quais os tipos de movimento que mais se repetiam no seu repertório? Ou ainda, qual era o traço mais marcante na organização da rotina de cada usuário: as rotinas hospitalares, os circuitos institucionais dentro do

²⁰ Essa divisão entre dentro e fora dialoga diretamente com a separação dos mundos que Goffman, 1989, descreve em seu trabalho.

hospital, a inclusão de rotinas externas no seu circuito pessoal ou o pedido insistente para que recebesse alta daquele dispositivo?

Também tem uma posição de destaque o dinamismo das características do movimento desses usuários, tendo em vista que estavam expostos, cotidianamente, às intervenções da Equipe de Desinstitucionalização, que os convidava a explorar movimentos outros, além daqueles necessários para o cumprimento das atividades básicas oferecidas pela instituição. Assim, em um mesmo grupo teremos gradações variadas de um mesmo tipo de movimento e para que possamos explorar as suas miudezas, os usuários sugeridos para participar da pesquisa, aqueles dos quais coletaremos dados, serão aqueles que apresentavam características marcantes de cada categoria.

Tendo em vista que eu atuei, como terapeuta ocupacional, no processo de fechamento desse hospital, compondo primeiro a Equipe do Sofia e em seguida a Equipe de Desinstitucionalização, informo ao leitor que os momentos dos quais me servi da minha memória como fonte dessa pesquisa foram marcados, ao longo desse texto, como “memórias do hospital transitório”. Essas memórias não foram compartilhadas ou debatidas com os demais trabalhadores no grupo focal, são lembranças da minha atuação profissional, de alguns sentimentos, da minha perspectiva sobre o trabalho.

Com essa primeira categorização em mãos, trabalhei para a construção de alguns critérios que pudessem balizar a escolha da amostra da pesquisa. Bastava escolher um representante de cada uma dessas categorias? Qual o critério eu usaria para essa escolha: usuários emblemáticos de cada uma delas, usuários pouco emblemáticos de cada uma delas? Sabia que cada um desses critérios poderia me levar a respostas interessantes do ponto de vista da discussão da mobilidade, mas e do ponto de vista da transformação do modelo de cuidados, qual critério me ajudaria a observá-lo melhor? A partir disso, avaliei ser importante considerar também a composição dos Serviços Residenciais Terapêuticos abertos para abrigar os usuários do Hospital Transitório, já que a mobilidade, tanto dos sujeitos loucos como dos modelos de cuidado, tem como elemento constitutivo o espaço-tempo.

2.1. b: Descrição e categorização dos Serviços Residenciais Terapêuticos

Ao olhar de perto para a constituição dos dez Serviços Residenciais Terapêuticos, abertos para abrigar os usuários do Hospital Transitório, me deparei com um quadro bastante diverso. Embora a portaria que regulamente esse serviço defina dois tipos diferentes de SRT (BRASIL, 2000), outros critérios, não abordados por ela, permitiram outras formas de classificação. Antes de me debruçar sobre essa variedade, no entanto, me detenho brevemente para explicar, de modo geral, como funcionava essa parte do trabalho da Equipe de Desinstitucionalização. A fonte usada para essa descrição foi a minha memória.

A abertura de SRT para abrigar os usuários do Hospital Transitório dependia de alguns fatores de ordem prática, como a liberação da verba para aluguel do imóvel, reparos necessários e compra de móveis, além da procura por imóveis adequados²¹. Enquanto uma equipe da Secretaria de Saúde, responsável pelos SRT da cidade, organizava essa parte, de dentro do hospital nós íamos organizando, juntamente com os usuários, outras questões, relacionadas ao contato com os familiares para avisar da transferência, à organização de relatórios e receitas médicas, ambos necessários para a alta e a composição de cada um dos SRT que seriam abertos. É importante esclarecer aqui que os SRT foram sendo abertos gradativamente, à medida que a verba era liberada, de maneira que dois foram abertos em Novembro de 2012, três em Dezembro de 2013, um em Maio de 2014, três no ano de 2015, sendo dois em Junho e um em Dezembro e o último foi aberto em Março de 2016, totalizando dez.

Havia uma orientação inicial para esse trabalho, segundo a qual a ordem de alta dos usuários deveria ser balizada pelos seguintes critérios, em ordem de prioridade: naturalidade, maior grau de preservação, desejo de alta. Em relação à naturalidade, a preferência era para aqueles nascidos em Belo Horizonte ou que tinham família residindo aqui. O grau de preservação se referia tanto à preservação psíquica, como social, de maneira que os casos mais graves deveriam ser os últimos a saírem. E por fim, o desejo de alta se referia aos pacientes que demonstravam sofrimento intenso pela condição de internação, pedindo recorrentemente pela alta hospitalar.

Além dessas orientações sobre a ordem da saída, também pensávamos sobre a composição dos SRT. Para tanto, observávamos as relações entre os usuários para perceber graus de afinidade e de não afinidade entre eles, conversávamos com eles para

²¹ Como visto no capítulo sobre a política de saúde mental de BH e constituição do Hospital Transitório, o mercado imobiliário pode se colocar como um contundente empecilho para a abertura de SRT.

saber se, dentre os demais usuários, havia alguém com quem se identificava, com quem gostaria de dividir a casa e as vezes até o quarto, perguntávamos a opinião deles sobre o alguma configuração que tivéssemos pensado. Assim como Franco, 2012, descreveu em sua pesquisa, nesse processo fizemos algumas reuniões com os usuários que iriam morar na mesma casa para estreitar os laços, construir a divisão dos cômodos, falar sobre a ideia que cada um tinha de casa. Também levamos alguns, conforme demanda e necessidade, para conhecer alguma SRT que já existiam e funcionavam.

Em função da dificuldade de negociação com muitos municípios onde os usuários haviam nascido ou sua família residia, Belo Horizonte acabou por acolher muitos daqueles que tinham indicação para morarem em outras cidades. Os efeitos dessa mudança foram significativos para alguns, que haviam criado a expectativa de retornar para sua terra natal. Alguns dos usuários sabiam nomes de bairros de Belo Horizonte e tinham alguma identificação com eles, tal como Nelson falava do Barreiro e Bárbara da casa da irmã em Venda Nova. Para os dois, embora não tenha sido possível o retorno para a casa da família, conseguimos que residissem nas duas regionais com as quais tinham alguma referência.

Para a grande maioria dos usuários a localização do SRT onde foram residir foi algo do qual não tiveram governança por motivos diversos: desconhecimento da cidade de Belo Horizonte, falta de tempo e condições para as equipes fazerem esse trabalho de apresentação de outros bairros, certa dificuldade de alguns em compreender o processo pelo qual estavam passando. Assim, o critério para a escolha dos bairros onde os SRT se localizariam se pautava por dois fatores: o mercado imobiliário²² e o número de SRT que já existiam na regional, sendo que era aconselhável que os novos fossem abertos em regionais com menos SRT²³.

Para definir quais os SRT constituiriam o universo do qual tiraria a amostra, utilizei os seguintes critérios: a) *número de moradores*; b) *presença de homem e mulher*; c) *tempo de internação no Hospital Transitório (tempo de exposição à intervenções feitas pela EDBH²⁴)*; d) *tipos de mobilidade (categorias do movimento: circuito*

²² Tanto em relação ao valor dos imóveis, quanto à qualidade de sua estrutura.

²³ Esse fator se relaciona diretamente com o impacto para os serviços e equipes de saúde e de saúde mental da abertura de um SRT que esteja inscrito no seu território de cuidado: há uma tendência de que quanto mais SRT sob os cuidados do mesmo serviço e equipes, mais sobrecarregada a rede dessa regional pode a ficar. Assim, o ideal é promover uma distribuição desses serviços pela cidade que evite a sua concentração excessiva em uma mesma regional.

institucional, circuito particular, projetos de alta, projetos na cidade); e) número de moradores cadeirantes. Em relação aos critérios *a*, *c* e *d*, busquei que os SRT participantes apresentassem alguma diversidade entre si, tendo números diferentes de moradores, tempos diferentes de internação no hospital e tipos variados de mobilidade. O critério *b* foi usado como critério de inclusão, uma vez que eu estava interessada em observar mobilidades femininas e masculinas nas três casas. Por fim, o critério *e* foi usado não como critério de inclusão na amostra, mas como um critério para garantir que essa especificidade pudesse ser observada em contraste com a sua falta. Em situações nas quais dois SRT apresentaram características semelhantes, usei a descrição da mobilidade de seus moradores como critério de desempate. Dessa maneira, o voto de minerva coube ao morador ou moradores que foram descritos como representantes emblemáticos de categorias da mobilidade presentes na constituição da casa. Abaixo a tabela mostra a configuração dos três SRT escolhidos como amostra dessa pesquisa.

Tabela 2: Apresentação dos critérios de escolha dos SRT participantes da pesquisa

Crítérios para escolha do SRT	SRT – Casa de Maré	SRT – Casa de Dom Pedro	SRT – Casa de Rodas
a - Número de moradores	8	6	4
b - Presença de homens e mulheres	X	X	X
c - Tempo de internação no Hospital Transitório	1 ano e três meses	2 anos e nove meses	3 anos e três meses
d - Tipos de mobilidade:			
d.1 - Grupo de dentro – Circuitos institucionais	X	-	X
d.2 - Grupo de dentro – Circuitos particulares	X	X	-
d.3 - Grupo de fora – Projetos de alta	X	X	-
d.4 - Grupo de fora – Projetos na cidade	-	X	X
e - Moradores cadeirantes	-	-	X

2.1.c: Os habitantes dos três SRT: sujeitos da pesquisa

²⁴ Quanto mais próxima da data de abertura do Hospital Transitório, menor a exposição às intervenções da Equipe de Desinstitucionalização

Depois de ter selecionado os três SRT para participar dessa pesquisa, cabe aqui uma breve caracterização da amostra, contando de maneira geral quem são os sujeitos dessa pesquisa.

Dos dezoito moradores selecionados, dois deles não puderam participar da pesquisa, por motivos que serão esclarecidos na seção que trata da entrada em campo. Os dezesseis restantes possuem idade variando entre 41 e 86 anos, sendo metade deles homens e metade mulheres. Em relação à naturalidade, uma participante é natural de São Paulo, capital, três são de Belo Horizonte, MG e os demais são de cidades da Região Metropolitana de Belo Horizonte, e do interior de Minas Gerais.

A tabela abaixo mostra o tempo de internação, em anos consecutivos, na Clínica Serra Verde dos usuários que compõe a amostra dessa pesquisa.

Tabela 3: Tempo de internação na CSV

Tempo de internação na CSV	4 anos	19 a 24 anos	27 a 32 anos	34 a 36 anos
Número de usuários	1	7	4	4

As tabelas abaixo mostram as habilidades de comunicação e para o movimento dos sujeitos pesquisados. Em relação às habilidades de comunicação elas foram divididas entre alta, média e baixa. Essa gradação se refere à eficiência comunicativa dos sujeitos, de maneira que aqueles considerados com alta habilidade de comunicação são sujeitos que articulam frases e ideias; os considerados com média são aqueles que apresentam alguma dificuldade nessa articulação e os usuários que apresentam dificuldade significativa nessa articulação foram considerados com baixa habilidade de comunicação. Diante disso, a tabela abaixo mostra como essas habilidades se distribuem entre os participantes da pesquisa.

Tabela 4: Habilidade de comunicação

Habilidade de comunicação	Baixa	Média	Alta

Número de usuários	5	9	2
--------------------	---	---	---

As habilidades para o movimento se concentram no aspecto motor e de coordenação dessa função. Assim, temos aqui duas categorias, uma formada pelos usuários que por algum comprometimento motor, neurológico e/ou psíquico são impedidos de andar, sendo, por isso, dependentes de algum tipo de auxílio externo para tal. Esse auxílio se refere ao uso de cadeira de rodas e também à necessidade de que uma outra pessoa a conduza. A outra categoria é aquela formada pelos usuários que conseguem se locomover de forma independente de qualquer tipo de suporte externo. A tabela abaixo mostra como a amostra se distribui entre essas duas categorias.

Tabela 5: Habilidade física para o movimento

Habilidade física para o movimento	Dependentende	Independente
Número de usuários	4	12

No capítulo no qual os resultados serão apresentados e a sua análise feita, apresentarei também alguns detalhes característicos desses sujeitos, sobretudo relacionados às práticas de mobilidade observadas na segunda etapa dessa pesquisa. Tendo em vista o elevado número de participantes e que as mobilidades são naturalmente diferentes, usuários que protagonizaram práticas mais diversas e frequentes tendem a aparecer nas descrições de maneira também mais frequentes.

2.2: Como compreender as práticas de mobilidade dos usuários nos espaços dos Serviços Residenciais Terapêuticos?

Na segunda etapa da pesquisa, pude me beneficiar do acesso aos Serviços Residenciais Terapêuticos onde, para compreender as práticas de mobilidade, realizei observação, entrevistas e *sombreamento*. Ao combinar essas três técnicas, busquei captar de forma mais fidedigna as práticas de mobilidade dos sujeitos pesquisados, a partir da compreensão de que essas práticas, ao ocorrerem em momentos diversos e sob companhias diversas, trazem importantes variações cotidianas. Assim, ao valorizar a

forma como o próprio sujeito desenvolve essas práticas, através da observação; a forma como outros atores as vêem e significam, através das entrevistas; e a forma como o próprio sujeito fala e significa essas práticas, usando o sombreamento, almejei uma compreensão relacional desses movimentos.

2.2. a: Observação: olhando para o cotidiano da mobilidade

Realizei dez visitas para observação em cada uma das casas pesquisadas, totalizando 30 visitas e 86 horas de observação. Como em um dos SRT pesquisados a mobilidade dos usuários ultrapassava as fronteiras da casa com frequência significativa, além das mobilidades internas observadas terem sido bastante diversas, nessa casa a duração das minhas visitas foi mais longa do que nas outras duas. De maneira geral a duração das visitas nas três casas variou entre uma e cinco horas, abrangendo horários do dia e da noite, além de dias úteis e finais de semana.

Nos momentos de observação utilizei um caderno de campo onde, tanto anotava as observações feitas em tempo real, como me utilizava dele para estabelecer ou facilitar a comunicação com alguns usuários. A todos eles foi pedido permissão para que eu permanecesse com o caderno em mãos, esclarecendo que se tratava de uma pesquisa e que ali eu estava escrevendo sobre eles, as trabalhadoras e os espaços do SRT, bem como sobre os movimentos desses agentes naquele espaço. Fui balizando o uso do caderno me atentando aos sinais de cada morador e de cada situação, de maneira que quando percebia que a escrita estava gerando incômodos, usava de algumas estratégias, tais como ler para o morador o que eu acabara de escrever e perguntar se ele concordava com o meu ponto de vista, ou me separar do caderno, guardando-o longe de mim. Em alguns momentos, moradores pediram para usar o meu caderno e nele fizeram desenhos ou escritos através dos quais interagiam comigo. Avalio que o fato de muitos moradores se recordarem de mim tenha facilitado esse processo, uma vez que essa memória me permitiu não ser uma estranha completa dentro de suas casas. Através disso me senti mais confortável para buscar interação com os moradores durante os momentos em que estava nos SRT, ressaltando o lugar de sujeitos da pesquisa que eles ocupavam. Acredito que esses fatores foram cruciais para que a pesquisa se desenvolvesse da maneira que está aqui descrita.

Durante a observação também me vali dos recursos de filmagem e de foto. Sempre que usei desses recursos pedi permissão àqueles que seriam filmados ou gravados, explicitando a finalidade de tal uso. Tentei envolver alguns moradores nesses momentos usando estratégias diversas. Uma delas consistia em pedir que o morador apresentasse os espaços da casa ou o seu percurso pela cidade como em uma atuação para a câmera ou mesmo contasse alguma história que lhe interessasse. Uma moradora gostou muito dessa estratégia, se sentindo à vontade diante da câmera e produzindo um

material muito interessante sobre sua forma de perceber os espaços da casa. Outros não se sentiram tão à vontade e nesses momentos, convidei-os para operarem a câmera ao invés de atuarem para ela. Embora interessados no objeto, poucos aceitaram manuseá-lo por um tempo maior.

2.2. b: Entrevistas: escutando perspectivas diversas sobre a mobilidade

As entrevistas foram realizadas com as trabalhadoras dos três serviços participantes que se dividem entre as seguintes categorias: cuidadoras, técnicas de enfermagem²⁵, estagiárias e supervisora. Essas trabalhadoras formam um grupo de mulheres, com idades variando entre 20 e 60 anos. As supervisoras possuem curso superior, enquanto as cuidadoras não precisam ter escolaridade completa ou curso técnico. Em todos os SRT foi possível realizar entrevistas com as diferentes categorias profissionais que atuam em cada um deles, sendo que em relação às cuidadoras, foi possível entrevistar tanto aquelas do turno do dia, como da noite. Na Casa de Dom Pedro eu também tive a oportunidade de entrevistar o Acompanhante Terapêutico de um dos moradores. Ao todo foram realizadas quarenta e uma entrevistas.

Essas entrevistas foram semiestruturadas e tiveram certo caráter etnosociológico, ou seja, foram tomadas como forma de investigação empírica adaptada à captação da lógica própria de cada mundo social ou categoria de situação, como concebe Bertaux (BERTAUX, 2005). Os entrevistados foram tomados como *informadores* e eu procurei adotar uma posição de *não saber* na condução das entrevistas. Essas posições foram usadas para que os sujeitos da pesquisa pudessem descrever os contextos sociais sobre os quais eles adquiriram um conhecimento prático (BERTAUX, 2005). Outro caminho sinalizado pela teoria de Bertaux que foi convenientemente adotado nessa pesquisa é aquilo que ele chama de “variedade de posições”. Segundo Bertaux, a realidade a ser considerada na entrevista, deverá ser aquela percebida pelo entrevistado como a sua situação real, sobre e pela a qual ele atua e não a realidade objetiva percebida pelo sociólogo. Diante disso, foi importante considerar que mesmo entrevistados situados em uma mesma posição poderiam exercer seus papéis de formas diferentes, revelando nesse momento de entrevista, percepções diversas da realidade.

²⁵ Essa categoria profissional foi encontrada apenas na Casa de Rodas

No intuito de ter acesso às informações sobre as mobilidades dos moradores de forma individualizada, cada entrevistado foi convidado a responder às perguntas feitas tendo como parâmetro as práticas de cada um dos moradores. Assim, essas práticas foram descritas a partir de diferentes fontes para cada sujeito da pesquisa. O objetivo dessas entrevistas foi aquele de complementar as observações feitas nos espaços dos SRT sobre as práticas de mobilidade dos moradores, explorando detalhes individualizados dessas práticas, tais como: os seus motivos, as formas com as quais aconteciam, horários, lugares da casa e do bairro onde cada morador desenvolve essas práticas, quais são as pessoas que cada morador acessa no decorrer dessas práticas. Com isso busquei ter uma visão mais ampla do que aquela produzida pela observação e pelo sombreamento, me informando também sobre movimentos e práticas que eu não pude observar.

De maneira geral, nas três casas foi possível coletar essas informações com pelo menos duas fontes diferentes para cada um dos moradores. Na Casa de Rodas foi possível que três categorias diferentes de trabalhadoras respondessem às perguntas sobre um mesmo morador, enquanto na Casa de Maré e de Dom Pedro o máximo conseguido foram duas por morador. Como as observações na Casa de Rodas foram um pouco menos duradouras do que nos demais, avaliei que essa diferença funcionou como um compensador. No quadro abaixo está a relação do número de entrevista realizadas com as trabalhadoras em cada uma das casas:

Tabela 6: Distribuição das entrevistas com as trabalhadoras por SRT

Serviço Residencial Terapêutico	Número de entrevistas realizadas
SRT – Casa de Maré	13
SRT – Casa de Dom Pedro	16
SRT – Casa de Rodas	12
Total	41

Embora eu tenha convidado alguns moradores para responder a essa entrevista também, apenas um deles conseguiu ou quis responder a algumas das perguntas. Para todos os demais, essas informações foram obtidas a partir do convívio gerado pela

observação e pelo sombreamento, quando no momento do movimento ou da quietude eu pude me aproximar e fazer algumas perguntas.

2.2. c: Sombreamento: compartilhando o momento da mobilidade

Buscando compreender o movimento em ato me utilizei do sombreamento, uma técnica de coleta de dados utilizada nas pesquisas sobre mobilidade. O termo sombreamento foi tomado emprestado do trabalho de Paola Jirón, (2011), sobre metodologias móveis. A autora, explica que o sombreamento envolve *followingselectedpeople in their everyday occupations for a time* [acompanhar uma determinada pessoa nas suas ocupações diárias por um período de tempo] (CZARNIAWSKA, p. 17,2007²⁶ apud JIRÓN, p. 36, 2011). Usado para aproximar a compreensão dos pesquisadores e pesquisadoras sobre as práticas de mobilidade, sombrar enquanto uma metodologia implica não apenas em seguir o sujeito ao longo das atividades do seu cotidiano, mas também participar dessas atividades através de diálogo e interação constantes (JIRÓN, 2011).

A partir da virada da mobilidade os pesquisadores da área começaram a se questionar sobre os métodos para se captar o movimento, percebendo a importância não só da sua origem e destino, mas do movimento em sua trajetória, em seu percurso entre um ponto e outro. Observando que esses momentos revelam detalhes importantes para as práticas dos indivíduos, esses pesquisadores têm se debruçado sobre aquilo que chamam de “métodos móveis”. Compartilhando dessa percepção, me coloquei, durante o campo em posição de acompanhar alguns usuários durante suas práticas de mobilidade tanto pelos espaços da casa, mas sobretudo pelos espaços da rua. Assim como ensina Jirón(2011), nesses momentos procurei entender os significados dos movimentos através de diálogos e interações com os participantes, buscando também compreender tanto as interações com os espaços que não eram nem os de origem, nem aqueles de destino, como aquelas interações com as pessoas encontradas durante os percursos.

Diferentemente dos momentos de observação nos quais, na maioria das vezes, me ancorou a um ponto fixo para captar os movimentos que se fizeram em torno desse

²⁶Czarniawska, B. (2007) *Shadowing, and Other Techniques for Doing Fieldwork in Modern Societies*, Copenhagen: Liber.

ponto, nos momentos de sombreamento busquei acompanhar os usuários durante alguma atividade do seu cotidiano, interagindo ativamente com eles. Em função das especificidades desse público e de sua história, procurei ser cuidadosa para que minha presença não se fizesse excessiva. Essa técnica metodológica foi usada com maior frequência na Casa de Dom Pedro, onde as características dos moradores, bem como dos seus cotidianos, assim me permitiram.

Os percursos sombreados foram descritos no caderno de campo, após a sua finalização. Diferente da observação, aqui não levei o caderno comigo no intuito de estar mais próxima do usuário ao qual estava sombreando, podendo lhe perguntar os sentidos de suas ações, suas percepções dos espaços, os significados de seus gestos. Em alguns momentos filmei esses percursos, usando uma câmera acoplada ao bolso de uma camisa que me permitia ter as mãos livres, bem como atuar de maneira mais natural, já que eu não era uma mulher com uma câmera em mãos.

Outro recurso usado para sistematizar os dados do sombreamento foi a produção de mapas e imagens através dos recursos do *GoogleMaps*, *Google Earth* e *PaintBrush*.

Abaixo está uma tabela na qual mostro o uso dessas estratégias metodológicas em todos os SRT pesquisados:

Tabela 7: Estratégias metodológicas por SRT

Estratégias metodológicas	SRT – Casa de Maré	SRT – Casa de Dom Pedro	SRT – Casa de Rodas
1 - Observação:			
a – durante o dia (manhã e tarde)	X	X	X
b – durante a noite	X	X	X
c – dia útil	X	X	X
d – final de semana ou feriado	X	X	X
2 - Entrevistas:			
a – Supervisora	X	X	X

b – Estagiária	X	X	X
c – Cuidadora	X	X	X
d – Técnica de enfermagem			X
e – Acompanhante terapêutico		X	
3 – Sombreamento		X	

2.2.d: Estratégias para análise dos dados gerados pela segunda etapa de coleta

Os escritos do caderno de campo, gerados pela observação e sombreamento foram transformados em objeto de análise, a partir do qual, as categorias foram construídas. Primeiramente fiz um exercício de leitura e releitura do material indicando, no próprio caderno, algumas possibilidades de categorização. Nesse trabalho usei como balizadores três escalas para categorização do movimento, qual sejam, a escala do corpo, da casa e da cidade. Assim, o caderno foi todo marcado, mostrando quando uma citação se referia a um movimento que envolvia apenas o corpo dos moradores ou trabalhadoras e um espaço único da casa; ou a um movimento que articulava mais de um espaço da casa e muitas vezes mais de uma pessoa; ou, por fim, aqueles movimentos que de alguma maneira invocavam a presença de espaços externos à casa, os espaços da cidade e com eles faziam alguma articulação.

Embora essa categorização tenha sido importante para o processo de compreensão das escalas do movimento, ela se mostrou insuficiente e falha para o processo de análise do material, tendo em vista que a localização dessas escalas não revela outros dados importantes para a compreensão das práticas de mobilidade. Diante disso, o material foi todo digitalizado e submetido a um novo processo de categorização, usando agora como ferramenta o software Atlas.ti. O uso desse software se mostrou necessário diante do volume do material, mas também pelos recursos que o Atlas.ti oferece, relacionados tanto ao próprio trabalho de codificação (gera uma lista dos códigos criados, permite a fusão e a divisão dos códigos, permite a criação de notas sobre os códigos, etc) como ao trabalho de análise (localização instantânea das citações,

tabela de sobreposição de códigos, organização dos documentos em grupos, tabela de frequência dos códigos).

Os balizadores usados para a construção dos códigos no software foram não só as escalas do movimento, já criadas anteriormente, como também os seus motivos; as formas com as quais aconteciam; os horários e lugares da casa e do bairro onde cada morador desenvolveu essas práticas; as pessoas que cada morador acessou no decorrer dessas práticas. Esses balizadores foram tomados emprestados das entrevistas semiestruturadas realizadas com as trabalhadoras dos SRT, de maneira que todo o material de texto produzido por essa etapa da pesquisa foi analisado segundo as mesmas categorias. Em outras palavras, caderno de campo e entrevistas foram considerados como um material único.

Ao final desse processo organizei as categorias em quatro grandes grupos, relativos aos sujeitos, lugares, motivos e formas da mobilidade. Em cada uma das citações busquei localizar quais eram os sujeitos participantes daquele momento relatado, considerando os protagonistas e os coadjuvantes; em qual lugar da casa ou da cidade a citação acontecia; se haviam motivadores aparentes ou descritos para o movimento e quais eram eles; e, por fim, a forma pela qual o movimento acontecia.

Em relação aos motivadores do movimento eles se referem àquilo que mobiliza os sujeitos a deslocarem seus corpos pelo espaço. A forma pela qual ele acontece está relacionada tanto à quietude quanto ao movimento, como também às estratégias que os sujeitos usam para fazer esse deslocamento de seus corpos pelos diferentes lugares. Abaixo a tabela mostra o número de categorias em cada um desses grupos, bem como algumas daquelas mais e menos frequentes em cada um deles. Essas categorias apresentadas serão em alguma medida, trabalhadas ao longo da análise dos dados.

Tabela 8: Apresentação das categorias mais e menos frequentes

Grupos	Número de categorias	Categorias mais frequentes	Categorias menos frequentes
Lugares do movimento	78	a – <i>Casa</i> b – <i>Territórios de encontro</i>	a – <i>CERSAM</i> b – <i>Outro SRT</i>
Sujeitos do movimento	55	a – <i>Moradores</i> b – <i>Cuidadoras</i>	a – <i>Estagiárias</i> b – <i>Transeuntes do bairro</i>
Motivadores do movimento	54	a – <i>Objetos de desejo</i> b – <i>Rotinas de cuidado com o corpo</i>	a – <i>Retorno para a cidade natal</i> b – <i>Repasse financeiro do benefício</i>
Formas do movimento	45	a – <i>Quietudes</i> b – <i>Demandas feitas pela fala e por gestos</i>	a – <i>Chaves da casa</i> b – <i>Deambulação dependente</i>

Outra estratégia usada para trabalhar os dados gerados em campo foi a análise espacial e o uso de imagens. Utilizando as fotografias e vídeos feitos durante o campo, procurei ilustrar alguns dos temas discutidos, bem como mostrar a relevância do espaço na construção das práticas de mobilidade dos sujeitos pesquisados. Essa parte da análise foi feita tendo os relatos do caderno de campo e das entrevistas como uma espécie de carta de navegação, da qual eu colhi informações para a construção das intervenções nas imagens que variaram entre fotos e *prints* do *Google Maps*. Instrumentos do *PaintBrush* do editor de foto do celular se revelaram suficientes para realização dessas intervenções.

Ciente do desafio que é tentar desenhar o movimento, reconheço as limitações que tal recurso carrega, reconhecendo também o pedido de abstração que faço ao leitor nos momentos em que for olhar e pensar a partir desses desenhos.

2.3: Revisitando a história: estratégia para compreensão da criação e do funcionamento do Hospital Transitório

O fato de ter trabalhado no Hospital Transitório e me envolvido para construção do seu fim me colocou em uma posição de certa facilidade em relação ao acesso ao próprio hospital, aos Serviços Residenciais Terapêuticos, mas também a importantes protagonistas da política de saúde mental belorizontina. Valendo-me disso, tive a oportunidade de entrevistar Miriam Abou-yd, psicóloga, psiquiatra, ex-coordenadora de saúde mental de Belo Horizonte e de Minas Gerais, militante do Fórum Mineiro de Saúde Mental, da Frente Mineira sobre Drogas e Direitos Humanos e da Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial – RENILA.

Miriam me recebeu para uma entrevista na qual me contou sobre a circunstância da abertura do Hospital Transitório, bem como dos meandros desse processo. Durante duas horas de conversa, as quais ela me permitiu gravar, a ex-coordenadora relembrou ações de sua gestão, desafios políticos, emoções e sentimentos. Fiz algumas poucas perguntas, já que durante a fala da psicóloga, ela tratou de ser bem abrangente nas suas ponderações.

Para complementar essa parte da pesquisa, também entrevistei Flávia Diotaiuti Torres, psicóloga e coordenadora da Equipe de Desinstitucionalização de Belo Horizonte. A conversa com Flávia teve foco na organização da transferência dos usuários da Clínica Serra Verde para o Hospital Transitório, bem como no funcionamento da Equipe de Desinstitucionalização.

Como durante o primeiro Grupo focal alguns participantes trouxeram falas sobre sua experiência durante a transferência dos usuários da CSV para o Hospital Transitório, e sobre experiências no próprio hospital, essas falas também foram usadas para complementação dessa história.

Com isso a reconstituição da história do Hospital Transitório foi feita tendo como fontes tanto representantes dos trabalhadores do hospital, como da gestão da Coordenação Municipal de Saúde Mental e está descrita na primeira seção do capítulo três: “Práticas de mobilidade de sujeitos loucos: uma proposta comparada dos modelos de atendimento”.

2.4: Desafios da entrada em campo

A realização dessa pesquisa só foi possível mediante sua submissão e aprovação pelos comitês de ética da Universidade Federal de Minas Gerais, do Hospital Sofia Feldman e da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Os pareceres estão no anexo 2, ao final desse trabalho, enquanto os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido usados encontram-se no anexo 3.

Entrar nos três Serviços Residenciais Terapêuticos enquanto pesquisadora foi um desafio e tanto. Embora eu tenha estado presente por algum tempo na vida dos seus moradores, encontra-los em suas casas me trazia expectativas diferentes daquelas que tinha quando ia encontra-los dentro do hospital. Do nosso encontro no Hospital Transitório eu trazia comigo a oferta que, junto com a Equipe de Desinstitucionalização, havíamos feito a essas pessoas: possibilitar a sua circulação pela cidade de Belo Horizonte e, a partir dessa circulação primeira, poder pensar e construir projetos nos espaços dessa cidade. Ainda no hospital tomamos alguma dimensão dos percalços e também das delícias dessa oferta.

Dentre as expectativas que eu tive, antes de iniciar o campo, sobressaía o desejo de ver muitos usuários com projetos na cidade, mesmo que eles fossem projetos miúdos, como tomar café na padaria ou cortar os cabelos no salão. Interessava-me ver como seria o trânsito deles pelo bairro, como seria a convivência com a vizinhança nos espaços públicos, como organizariam o seu movimento. Imaginava que alguns deles teriam as chaves da casa e que poderiam sair só pelas ruas, que explorando os espaços de fora, convivendo com outras pessoas e outros cotidianos, viveriam mais felizes.

É verdade que eram muitas expectativas, mas também é verdade que elas foram motivadas pela convivência cotidiana com eles e também pela aposta que fazíamos no tratamento em liberdade. Por causa de todo esse histórico, precisei aprender, durante o campo, a separar um pouco aquilo que eu achava que iria encontrar, daquilo que realmente estava ali, sem dar muito peso avaliativo pra esse encontro. Para tanto me vali do caderno de campo no qual procurava escrever da maneira mais descritiva possível. Encontrei dificuldades iniciais, fiquei muito angustiada com algumas situações, tive

vontade de responder às demandas dos moradores à maneira que faria caso eu não estivesse ali fazendo um trabalho de pesquisa. Precisei aprender a observar mais e intervir menos, algo que avalio como um importante legado do mestrado para minha vida, profissional e acadêmica. Por outro lado, também me coloquei em posição de aprender a fazer algumas perguntas, procurar investigar o que ia para além do que estava sendo contado: qual pergunta me lançaria a outro lugar, dentro de uma conversa?

Nos primeiros encontros busquei a autorização de todos os moradores de cada um dos SRT para que eu pudesse estar presente no seu cotidiano, esclarecendo que essa presença fazia parte de uma pesquisa que eu estava desenvolvendo. Expliquei a todos eles do que se tratava a pesquisa, no que consistia a minha presença ali, falei sobre o caderno de campo, sobre as fotos, vídeos e áudios que eu pretendia gravar, pedindo a autorização de cada um para isso. Alguns usuários ficaram intrigados com a ideia de fazer pesquisa, relacionando minha fala ao tema da Luta Antimanicomial, outros apenas me autorizaram verbalmente, sem querer saber maiores detalhes de início, enquanto outros não se manifestaram diante da minha fala. Em relação a esses últimos, a estratégia usada por mim foi observar alguns sinais não verbais, tais como: como eles reagem à minha presença, permitiam que eu estivesse no mesmo ambiente ou se retiravam? Como eles reagem às minhas tentativas de interação, respondiam com outros sinais de interação ou se retiravam da cena ou davam sinais para que eu me retirasse?

Para esses usuários com os quais as formas de comunicação eram menos objetivas, fiquei sempre em uma posição mais reservada e atenta, investigando com as trabalhadoras sobre os efeitos da minha presença ali. Evitava ir até os seus quartos, me situando em espaços mais coletivos da casa, como as varandas, salas, copas, cozinhas, quintais e escritórios. Algumas vezes uma trabalhadora que tinha uma relação mais próxima com algum desses moradores mais reservados intermediava a minha presença na casa, ofertando uma espécie de autorização, um atestado de confiança em mim para o morador. Com o passar do tempo fui conseguindo acessá-los melhor, tendo inclusive sido convidada por uma moradora a entrar no seu quarto, sentar em uma das camas e conversar com ela ali, no território da sua intimidade.

Em relação ao termo de consentimento livre e esclarecido, a maioria dos moradores não deu conta de assiná-los, embora tenham me fornecido o consentimento verbal para a participação na pesquisa. O próprio TCLE se configurou como uma barreira para alguns deles, por dois motivos: pelo modelo do TCLE em si, com

informações sobre resoluções do Conselho de Saúde e linguagem formal, mas também pelo ato da assinatura, o que para alguns usuários poderia se configurar como um disparador de pensamentos persecutórios e paranóicos. Uma estratégia que usei para lidar com isso foi, ao invés de ler o TCLE para todos eles, eu ia explicando, com palavras da linguagem coloquial, o que dizia em cada parágrafo. Ainda assim, propor para alguns deles para assinar um papel do qual eles pouco compreendiam as palavras se revelou uma tarefa que julguei bastante invasiva e em função disso, deixei livre para que quem quisesse, assinasse e quem não quisesse, poderíamos tratar disso apenas pela palavra. Como a maioria dos moradores que não quiseram ou não deram conta de assinar o TCLE é interdito na justiça, acionamos, eu e as supervisoras, os curadores para pedir sua autorização.

Esse foi um ponto bastante trabalhoso dessa pesquisa. Pude perceber o quão melindrosa é a relação entre as supervisoras e alguns curadores, assim como já tinha observado no Hospital Transitório, e optei por não gerar tensionamentos em torno das negativas que alguns deles deram para a participação do familiar na pesquisa. Mesmo que as justificativas me parecessem problemáticas, como quando um deles justificou dizendo que não ganharia nada com aquela pesquisa. As supervisoras explicam que essa negociação é tortuosa, já que em sua maioria, os curadores recebem o Benefício de Prestação Continuada²⁷ dos moradores e ficam responsáveis pelo repasse mensal dessa quantia para o seu familiar residente no SRT. Em muitos casos esse repasse acontece de forma irregular e com um valor bem abaixo daquele do benefício. As supervisoras explicam que, nessas situações, quando esgotam suas possibilidades de negociação com esses curadores, acionam a Coordenação de Saúde Mental e também o Ministério Público. Mas ainda assim, há casos nos quais o repasse continua irregular e abaixo do valor, conforme informado pelas supervisoras.

Além disso, todos os curadores são também familiares dos moradores, o que complexifica a situação, já que em alguns casos há afeto do morador em relação ao seu curador. Em outros, não há esse tipo de sentimento, em função de que o curador, mesmo sendo da família, não conviveu com o morador, tendo conhecido apenas as histórias do

²⁷ “O Benefício da Prestação Continuada (BPC) da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) é a garantia de um salário mínimo mensal à pessoa com deficiência e ao idoso com 65 anos ou mais que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção, nem de tê-la provida por sua família” (<https://www.inss.gov.br/beneficios/beneficio-assistencial-ao-idoso-e-a-pessoa-com-deficiencia-bpc/>).

seu surto, da sua internação no manicômio, das suas esquisitices. Percebi, durante as observações participantes uma presença esporádica de alguns curadores, sendo que todas essas observações foram colhidas na Casa de Maré. Nos outros dois SRT não presenciei visitas desse tipo. Nos relatos das trabalhadoras essa percepção foi confirmada, a presença de familiares e curadores nos SRT é rara e quando acontece costuma ser rápida.

Por outro lado, dois moradores, Pai Ioiô, da Casa de Dom Pedro e Sabiá, da Casa de Maré se encontram com seus curadores nos espaços das casas dos próprios curadores. No caso de Pai Ioiô, ele costuma passar uma temporada de 30 dias no meio e no final do ano²⁸, na casa do irmão, na sua cidade natal, zona rural de São Sebastião do Maranhão – MG. A supervisora conta que a relação com o curador é muito tranquila e que ele tem se apropriado cada vez mais das questões relativas aos cuidados com o irmão. “Da outra vez que ele (Pai Ioiô) foi, os remédios acabaram²⁹ antes da hora e aí ele mesmo (o curador) se virou: pegou a receita, foi no posto de saúde da cidade e pegou mais medicação. Isso agora não é mais um problema quando Pai Ioiô vai e ele gosta muito, ele volta contando das coisas que viu, das coisas que fez. Ele tá muito bem!” (sic) (entrevista supervisora).

No caso de Sabiá, não há uma regularidade das visitas à casa da família³⁰. A supervisora e algumas trabalhadoras contaram que ele costuma pedir para falar com sua irmã e curadora ao telefone e que, nessas ligações, ele demanda visitar a fazenda, na sua terra natal. Elas afirmam que a irmã costuma se organizar para atender a essas demandas e que esses passeios fazem bem a Sabiá.

Enquanto estava nos SRT realizando a coleta de dados variei minha estratégia de coleta de dados, ora *sombreando* um morador, ora uma trabalhadora, ora me ancorando em um ponto fixo no espaço da casa e observando o movimento a partir da quietude. Alguns moradores pareceram guardar alguma espécie de lembrança de mim, pois, ao me verem, logo me convocavam para leva-los à rua³¹, outros pareciam fazê-lo pelo fato de eu ser uma figura diferente naquele espaço. Nesses momentos, sempre consultei a equipe de trabalhadoras para que elas me orientassem sobre como proceder. Com isso

²⁸ Essa era uma prática que ocorria desde o Serra Verde, variando sua frequência e regularidade.

²⁹ A supervisora explicou que nesses momentos de viagem prolongada ela manda as medicações com a receita e orienta o familiar ou cuidador sobre como administrar a medicação.

³⁰ Essas visitas começaram depois da alta pro SRT, segundo relato da supervisora.

³¹ Aos moldes do trabalho que realizava com eles no Hospital Transitório

pude acompanhar, quando as trabalhadoras assim me orientavam, alguns moradores nos espaços da cidade. Esses acompanhamentos aconteceram majoritariamente na Casa de Dom Pedro, pude levar alguns moradores das Casas de Maré e de Rodas à rua poucas vezes, quer seja porque eles não me acionavam para isso ou porque as trabalhadoras negavam o pedido dos moradores. Em alguns momentos em que moradores encontravam negativas ao seu pedido, o clima da casa ficava tenso: o único dia em que fui embora antes do horário previsto foi quando Neguinho, da Casa de Dom Pedro, passou duas horas consecutivas atrás de mim, chorando e pedindo, com sofrimento, para que eu o levasse na rua. Como as trabalhadoras me orientaram a não leva-lo mesmo diante de tamanha insistência, optei por ir embora, na tentativa de que ele serenasse (caderno de campo).

Por outro lado, a minha presença nos SRT não pareceu fazer efeito para alguns moradores, que seguiam a execução de suas rotinas cotidianas como se eu não estivesse presente, ignorando a minha figura algumas vezes. O acordo que fiz com eles e com as supervisoras era de que, ao menor sinal de que minha presença estivesse causando incômodos, eu iria avaliar se era o caso de mudar de cômodo ou de finalizar o campo daquele dia, como descrito acima na situação com Neguinho.

Uma vez expostas as estratégias metodológicas tanto de coleta como de análise dos dados, bem como os desafios desse percurso, apresento no próximo capítulo os resultados da pesquisa, juntamente com sua análise.

CAPÍTULO 3: Mobilidades na prática: descrição e discussão dos resultados

A compreensão das práticas de mobilidade dos sujeitos dessa pesquisa requer, à maneira que as teorias da mobilidade colocam, a compreensão também sobre os espaços onde essas práticas ocorrem. Por se tratar de dois ambientes bastante específicos, quais sejam, o Hospital Transitório e os Serviços Residenciais Terapêuticos, iniciei a apresentação dos resultados trazendo os dados referentes a eles. Dessa maneira na seção 3.1, “Hospital Psiquiátrico Transitório: uma história singular na cidade de Belo Horizonte” trarei a história da constituição desse hospital, bem como a caracterização das mobilidades encontradas nesse espaço, descrevendo as quatro subcategorias que foram usadas para escolha da amostra dessa pesquisa. Aqui também abordarei o processo do seu fechamento ressaltando a transferência dos seus internos nos Serviços Residenciais Terapêuticos da cidade.

Uma vez compreendidas as peculiaridades desse espaço de partida, seguimos para seção 3.2, na qual farei uma descrição detalhada dos três SRT que participaram da pesquisa, bem como dos moradores que, residindo ali, foram os sujeitos desse trabalho.

Nas seções 3.3, 3.4., 3.5e 3.6 entraremos nos espaços dos Serviços Residenciais Terapêuticos, nas quais discutirei sobre as mobilidades encontradas dentro de cada um dos SRT pesquisados, buscando diálogo e correlação entre as diferenças e semelhanças encontradas nos próprios SRT como em relação àquelas descritas nos espaços do hospital. Por fim, na seção 3.7 trabalharei sobre as práticas de mobilidade nos espaços da cidade, sobretudo as que puderam ser observadas e acompanhadas durante o campo. Assim como nas duas seções anteriores, buscarei aqui dialogar com as práticas que tomaram lugar na cidade durante a internação no Hospital Transitório.

Com essa organização estarei trabalhando em três principais escalas, quais sejam: a escala do Hospital Transitório, a dos Serviços Residenciais Terapêuticos e a escala da cidade, tendo a escala do corpo permeado todas essas outras.

3.1: Hospital Psiquiátrico Transitório: uma história singular na cidade de Belo Horizonte

Miriam Abou-yd, ex-coordenadora de saúde mental de Belo Horizonte foi a fonte principal da qual me servi na busca pela reconstituição da história do Hospital Transitório. Psicóloga, psiquiatra e militante, ela me recebeu para uma conversa, na qual contou sobre o projeto, do início dos anos 90, para o fechamento dos últimos hospitais psiquiátricos conveniados com o SUS da cidade, dentre os quais, a Clínica Serra Verde. Muito do que a ex-coordenadora relatou, ilustra as discussões que estão sendo feitas nesse trabalho, sobre a Reforma Psiquiátrica Brasileira e a construção da Rede de Saúde Mental de Belo Horizonte, que mais tarde passaria a se chamar Rede de Atenção Psicossocial - RAPS.

Ao pedir para que me contasse sobre a história do Hospital Transitório, ela respondeu:

Essa história vai começar em 1993, depois que o Patrus³² foi eleito. O Cezar³³ era o Secretário Municipal de Saúde de Belo Horizonte, quando eu fui indicada para coordenadora (de saúde mental), também por uma escolha dos trabalhadores, de saúde mental, da época. E na época, nós não tínhamos uma equipe de serviços substitutivos na política que apresentamos para a Secretaria Municipal (de saúde), feita em uma discussão ampla com os trabalhadores da época, alguns da rede, que eram poucos ainda, e muitos dos hospitais, do Galba (Velooso) e do Raul (Soares), claro, na linha antimanicomial. (...) então (na nossa política) os Hospitais Psiquiátricos eram importantes, já que a gente ia desconstruí-los, a gente puxou o controle e avaliação desses hospitais para gente (coordenação de saúde mental)³⁴. Não era comum, antes dessa gestão, que a avaliação da área hospitalar ficasse a cargo das áreas técnicas, como era a coordenação de saúde mental (entrevista Miriam Abou-yd).

Na conversa Miriam conta da amplitude da assistência ofertada pelos Hospitais Psiquiátricos na cidade de Belo Horizonte à época em que assumiu a coordenação de

³²Patrus Ananias, prefeito de Belo Horizonte pelo PT – Partido dos Trabalhadores, do ano de 1993 até 1996.

³³ César Rodrigues Campos – “No ano de 1993, Cezar tornou-se Secretário de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte, permanecendo neste cargo até 1996. Implantou, ao longo desse período, os primeiros serviços de saúde mental substitutivos aos hospitais psiquiátricos de Minas Gerais (CERSAM - Centros de Referência em Saúde Mental - precursores dos CAPS - e Centros de Convivência). Trabalhou também na elaboração da Lei Estadual 11.802 (Lei Carlão), de 18 de janeiro de 1995, que dispõe sobre a promoção de saúde e a reintegração social do portador de sofrimento mental” (fonte – wikipedia).

³⁴ Goulart, 2006, relata em sua pesquisa que a inserção de militantes nas administrações públicas de esquerda produziu aumento da fiscalização de hospitais psiquiátricos, públicos e privados, além do fechamento de alguns deles e de leitos que ofereciam condições indignas de tratamento e hospedagem. Almeida, 2015, também encontrou resultados que apontam nessa direção.

saúde mental: algo em torno de 2100 leitos, se configurando como a maior ponta de assistência. *Não havia CERSAM e os Centros de Saúde não atendiam as pessoas com sofrimento mental, porque a maioria era internada. Por isso os hospitais eram o local de interesse da política que foi inaugurada em 1993!* (entrevista Miriam Abou-yd).

Ela explica que a partir da avaliação, a Coordenação de Saúde Mental foi organizando o fechamento dos hospitais da cidade que eram conveniados com o SUS³⁵. Tal organização consistia em redirecionar a verba de custeio dos leitos hospitalares para o investimento na Rede de Saúde Mental de Belo Horizonte, contribuindo para o movimento de direcionamento do investimento da União demonstrado por Almeida, (2015). Com isso pouco a pouco foram sendo criados os CERSAM, Serviços Residenciais Terapêuticos, Centros de Convivência e os demais dispositivos³⁶, enquanto os leitos hospitalares eram progressivamente extintos.

O Serra Verde (Clínica Serra Verde) fica em outro município, fica em Vespasiano. Eu falava com o Cézar (Campos), Cézar, mas nós temos que puxar o Serra Verde pra nós, ele fica na região metropolitana, é outro município, mas nos temos que botar a mão nesse hospital. Era o maior hospital, com mais de 700 leitos. Com mais de 700 leitos! A vantagem é que ele era um pepino pro município de origem, porque era aquilo, aquele hospital e eles (Vespasiano) sem muito saber sobre isso. Aí eu procurei o Secretário de Saúde da época e falei com ele: Cézar nós estamos querendo pegar o hospital para fazer a regulação dele e eles (Secretaria de Saúde) toparam. E a partir de então o Controle e Avaliação do Serra Verde ficou com a gente. Aí o Serra Verde entra na história e ficou até o final, até o seu final, com a gente (entrevista Miriam Abou-yd).

Embora essa articulação tenha acontecido na década de 90, é apenas em 2012 que a Clínica Serra Verde terá seu fechamento concretizado.

Interrogo Miriam sobre como foi esse final e ela explica:

(...) todos os hospitais tinham supervisores hospitalares, foi em uma época que a secretaria também implantou uma política nessa área para conter, porque assim, eram os hospitais privados, como o Serra Verde era, conveniados com o SUS. Aí você imagina o tanto de, infelizmente, falcaturas e cambalachos que tinham nesses espaços³⁷. E na verdade era para fiscalizar,

³⁵ Segundo relato da ex-coordenadora, à época os hospitais psiquiátricos conveniados com o SUS eram: Pínel, Psicominas, Nossa Senhora de Lourdes e Clínica Serra Verde.

³⁶ Esses dispositivos são CERSAM AD, Unidades de Acolhimento e Consultórios de Rua, para tratamento de pessoas que fazem uso prejudicial de drogas, Serviço de Urgência Psiquiátrica – SUP, para retaguarda noturna dos CERSAM da cidade, Equipes Complementares e de Saúde Mental

³⁷ No trabalho de Goulart (2006, p. 7), ela aborda esse problema da corrupção, desassistência e violência presentes no setor psiquiátrico privado, financiado pelo Ministério da Previdência e Assistência Social. A autora descreve o hospital psiquiátrico do início da década de 80, como um “aparato privado que era resistente à fiscalização pública e descomprometido com a clientela que acolhia”.

mas também para ensiná-los, eles não sabiam preencher uma AIH³⁸. No início, os hospitais psiquiátricos foram muito bem pagos (...), mas só que realmente, com o passar do tempo o Ministério da Saúde, fazia parte mesmo da política, foi dando uma estrangulada do ponto de vista (financeiro) (entrevista Miriam Abou-yd).

Esse foi o movimento que, segundo a trabalhadora, permitiu que progressivamente os hospitais psiquiátricos de Belo Horizonte conveniados com o SUS, fossem sendo descredenciados, enquanto a Rede de Saúde Mental crescia³⁹. O Serra Verde foi o último a ter os leitos fechados e antes do seu fechamento, recebeu ainda alguns pacientes que estavam internados na Clínica Nossa Senhora de Lourdes. Miriam explica que esse arranjo foi necessário, pois durante o fechamento do Nossa Senhora de Lourdes (que aconteceu em 2008), como era conhecido, eles encontraram grande dificuldade para aluguel dos imóveis que seriam os Serviços Residenciais Terapêuticos que abrigariam os egressos desse hospital. Com isso, ao final do processo de fechamento, *infelizmente, foi horrível, mas um tanto (de pacientes) teve que ir pro Serra Verde* (entrevista Miriam Abou-yd). Neginho foi um deles.

E aí, nós então resolvemos fechar o Serra Verde. Aí muda o governo⁴⁰ e aí a gente vai fechar (o Serra Verde). Mas aí, o quê que acontece: o próprio Serra Verde fala que quer fechar. [...] E aí fica uma tensão grande entre o Ministério Público, o próprio hospital começa a falar que quer fechar [...] e a gente negociando, porque fala: ah quer fechar? Então vamos fechar! Não é assim! Você tem que ver o prazo, e ele (dono do Serra Verde) falando, não, quero fechar em um mês, dois meses. Era assim. (entrevista Miriam Abou- yd).

Flávia Diotaiutti, psicóloga e coordenadora da Equipe de Desinstitucionalização de Belo Horizonte⁴¹ à época, também explica que muitos pacientes do Serra Verde eram de outros municípios e que inicialmente, o ideal era que cada município pudesse assumir o cuidado dos seus pacientes. *Acontece que poucos municípios são estruturados para isso, não só no sentido de ter uma SRT, mas de ter um CAPS que pudesse realmente acolher e cuidar e tratar dessas pessoas* (entrevista com Flávia Diotaiutti).

³⁸ AIH – Autorização de internação hospitalar

³⁹ Amarante, 1995, Goulart, 2006 e Almeida, 2015 discutem em seus trabalhos esse processo de redirecionamento do investimento, bem como de fechamento dos hospitais psiquiátricos em um contexto nacional.

⁴⁰ Ano de 2008, eleição do prefeito Márcio Lacerda, firmando uma coalisão entre o Partido dos Trabalhadores e o Partido Socialista Brasileiro e mudança do secretário de saúde, para Marcelo Gouvêa Teixeira, administrador.

⁴¹ Abaixo explicarei melhor a função e composição dessa equipe.

Para tentar resolver a situação, Miriam explica, *chamamos o Ministério da Saúde para nos ajudar e o Ministério da Saúde nos atrapalha mais ainda, por que ele⁴² faz uma proposta de transinstitucionalização, que era pegar os pacientes e mandar para Barbacena* (entrevista Miriam Abou-yd). Miriam fica exaltada durante esse momento da entrevista, conta que Rosimeire Silva, também Coordenadora de Saúde Mental à época, *quase teve um infarto ao escutar a proposta do Coordenador Nacional de Saúde Mental* (entrevista Miriam Abou-yd). O tiro parece ter saído pela culatra: ao invés de propor alguma solução para o imbróglio que estava instaurado, o Ministério da Saúde, com sua sugestão, complexificou ainda mais a situação das coordenadoras, uma vez que todos os demais envolvidos pareceram satisfeitos com a proposta feita, de menos elas. Se já estava difícil negociar uma saída que caminhasse para a desinstitucionalização dos pacientes, após uma recomendação contrária do Ministério da Saúde é que essa negociação ficou ainda mais complicada.

Miriam conta que foi preciso convencer o Secretário de Saúde:

a gente (coordenação de saúde mental) não quer, a gente já tinha feito essa coisa ruim (se referindo à transferência dos pacientes do Nossa Senhora de Lourdes para o Serra Verde), é um trem muito ruim que a gente carrega, eu falava, que eu carregava comigo: que era de não ter tido tempo de tirar os demais, de ter mandado um tanto pro Serra Verde, porque o Serra Verde tava um horror (entrevista Miriam Abou-yd).

Além disso, a ex-coordenadora explica que no processo de fechamento de um hospital psiquiátrico o município gasta muito dinheiro, o que na situação, era mais um ponto contra o movimento que a Coordenação Municipal de Saúde Mental desejava fazer.

Olha, eu só sei que a gente conseguiu, de uma certa maneira, convencê-los. Convencer de mantê-los ainda em Belo Horizonte, de manter os usuários em BH, com a nossa gestão, mas aí começou: para onde que a gente ia [levar os usuários até que a alta pudesse ser organizada]? Porque o hospital (Serra Verde)tava dando um prazo mínimo pra gente. [...] Aí nós ficamos desesperadas tentando arrumar [um lugar para receber provisoriamente os pacientes que estavam no Serra Verde], tentando arrumar e aí o pessoal do Sofia [Hospital Sofia Feldman] se oferece. Eu já tinha ido lá, conhecer e tal, tinha que fazer reforma. Então a gente consegue lá o Sofia [se referindo ao espaço onde era a antiga maternidade Frederico Ozanam e que pertencia ao Sofia], aí nós fizemos um acordo, tem um contrato (entrevista Miriam Abou-yd).

O contrato firmado com o Sofia determinava, dentre outras coisas, a provisoriedade do Hospital: todos os pacientes deveriam ter recebido alta após um ano

⁴² Se referindo ao Coordenador Nacional de Saúde Mental à época, Roberto Tykanori

da sua abertura. Esse prazo, no entanto, poderia ser renegociado algumas poucas vezes. Uma vez acordado com o Sofia sobre o uso do espaço para abrigar provisoriamente os 149 usuários que viriam do Serra Verde, se intensifica a ação da Equipe de Desinstitucionalização da Secretaria Municipal de Saúde – EDBH no próprio espaço do Serra Verde. A essa equipe foi dada a função de, em sessenta dias,

fazer o estudo dos prontuários [de 149 pacientes]. Eles [trabalhadores da EDBH] tinham que construir uma história mínima, pelo menos de prontuário e com relatos dos usuários, claro. [...] Além de resgatar o histórico, eles tinham que ver diagnóstico, contextualizar o momento em que eles [usuários] se encontravam, fazer contato e atualizar endereço de família e a perspectiva de cada um. [...] Eles tinham que garantir um vínculo mínimo com os usuários para conseguir fazer a saída⁴³(entrevista Miriam Abou-yd).

Esse processo de saída não foi marcado apenas pelos tensionamentos com os proprietários do Serra Verde, Felipe Arthur, um dos trabalhadores da EDBH é quem conta das dificuldades sentidas e vividas durante os processos de saída dos usuários. Nas palavras dele:

lembro de algumas coisas marcantes (pra mim) das saídas. Lembro que a equipe (EDBH) organizava as saídas conforme o Sofia ia ficando pronto. Me marcou demais o fato de as pessoas não terem pertences para fazer as malas, ou se preparar simbolicamente através disso, era difícil mediar tamanha sensação de rompimento brusco. Era generalizado: pacientes e funcionários. A precipitação do fim do hospital pegou todos de susto, uma coisa muito intensa era o apego dos paciente àquele lugar, a grande maioria não aceitava ter de sair (grupo focal).

O mesmo trabalhador ilustra essa dificuldade, contando da sua experiência com um usuário, chamado Max.

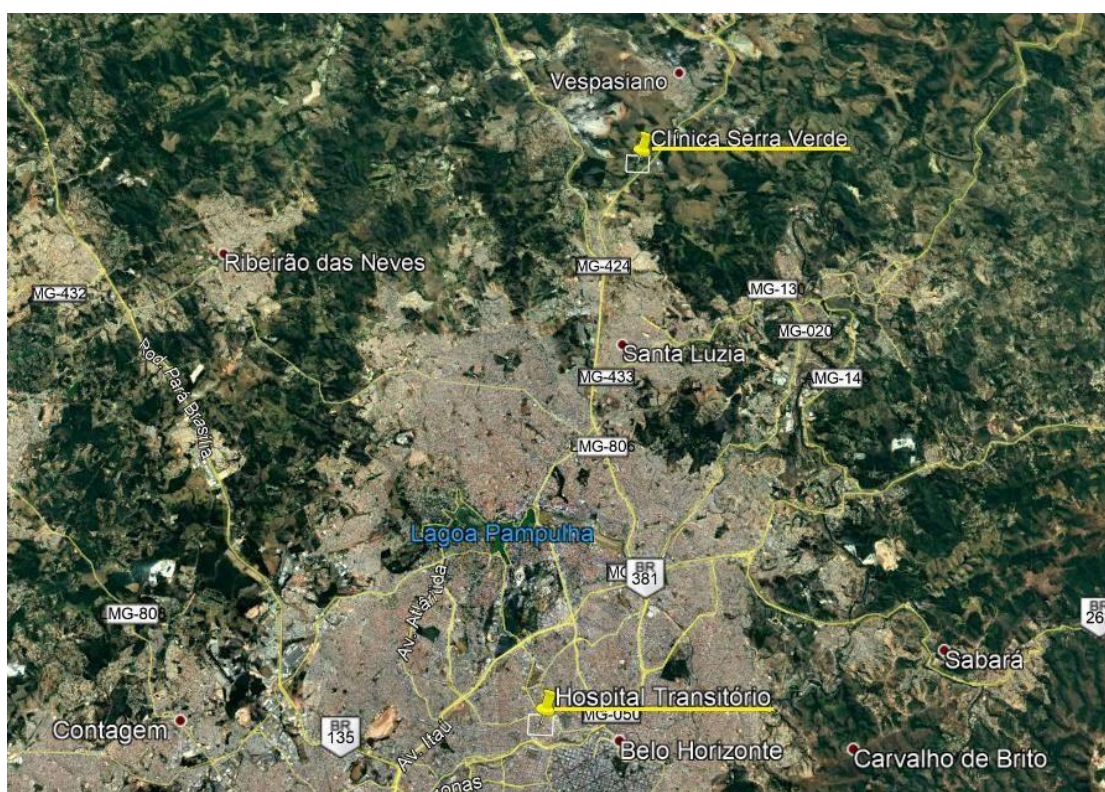
Max marcou bastante. Ele entrou numa franca crise antes de sair, quase não foi possível, foi uma cena fortíssima ele correndo e depois acuado no refeitório chorando como bicho. A irmã havia aterrorizado ele quanto ao futuro noutra lugar, aliás, isso era comum entre os familiares⁴⁴. Assombravam os pacientes para que eles não aceitassem sair. A irmã do Max entrou em cena exatamente na hora de ele partir, piorando as coisas ainda mais. Tive de manda-la embora. Ele sofreu muito nesse dia. (...) As saídas eram sempre traumáticas, no geral, os pacientes não queriam mudar, isso impressionava! Nós éramos os porta-vozes de uma esperança que quase não surtia efeito, às vezes eu tinha a sensação de estar seduzindo eles para uma realidade que não conheciam mais, não acreditavam mais que pudesse existir ou que mereciam. Eles não tinham nada pra levar, nada que continuasse e ao mesmo tempo, tinham naquele deserto, tudo o que conheciam (grupo focal).

⁴³Saída aqui se refere à transferência para o Hospital Sofia Feldman – Unidade Carlos Prates

⁴⁴Amarante, 1995, aborda brevemente essa questão das dificuldades de saída do hospital psiquiátrico potencializadas pelas relações com os familiares.

O tempo médio de internação dos pacientes nesse hospital era de 25 anos ininterruptos, muitos traziam em suas histórias a passagem, anterior a esses 25 anos, por outros hospitais da capital mineira. Os 149 pacientes foram transportados nos carros da prefeitura, acompanhados pelos profissionais da EDBH, entre os dias 22 de agosto de 2012 e 13 de setembro do mesmo ano. Apesar das dificuldades, todos conseguiram ser levados para o Hospital Transitório. Abaixo, podemos ver as localizações na cidade dos dois hospitais.

Figura 1: Localização Clínica Serra Verde e Hospital Transitório



Fonte: Google Earth, 2018.

Figura 2: Organização espacial Clínica Serra Verde

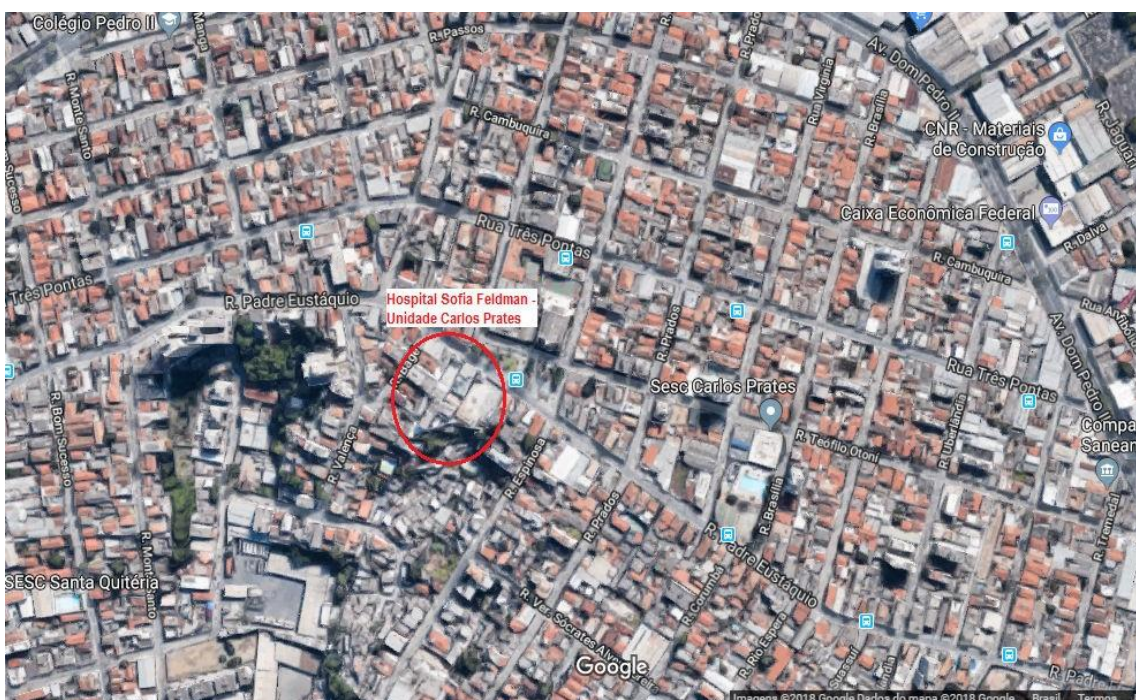


Fonte: *Google Earth*, 2018.

É significativo ressaltar que, ao buscar no *googlemaps* a localização da Clínica Serra Verde, encontrei dificuldades para que o programa a encontrasse. Isso pode se dever ao fato da clínica não existir mais, mas também a essa localização tão afastada dos limites urbanos. Nas figuras acima podemos observar tanto o tamanho da área do Serra Verde, como o seu isolamento em relação aos centros urbanos. Na figura 2 a legenda mostra a divisão dos espaços segundo a sua funcionalidade, feita por Felipe Arthur, e retrata como a Clínica organizava seus espaços no período do seu fechamento. Chama a atenção a localização das alas, resguardadas ao fundo esquerdo do espaço, distantes tanto da entrada da clínica, como do muro que faz divisa com as construções habitacionais da rua capelinha.

Vejamos agora como se localiza o Hospital Transitório, em relação aos espaços da cidade.

Figura 3: Localização Hospital Sofia Feldman - Unidade Carlos Prates



Fonte: *Google Earth*, 2018.

Comparando as localizações nos mapas, observamos grande variação da posição dos dois hospitais em relação à localização na cidade. O Hospital Transitório está dentro da cidade, entre construções habitacionais e comerciais, e no trajeto de muitos ônibus que trafegam pela rua Padre Eustáquio, que é bastante importante para a mobilidade urbana da região. Flávia explica que o deslocamento de um hospital para outro não foi fácil:

a gente teve que pensar naquele espaço (do Hospital Transitório), pensar em várias coisas, pensar na visibilidade desses usuários ali, que eram pessoas que ficaram trancadas durante trinta, quarenta anos, longe de tudo, porque o Serra Verde, como se não bastasse ele ser afastado de tudo, as enfermarias, as alas eram muito... uma portinha, depois de uma portinha, depois de um pátio, depois de outra portinha, depois de uma escada, então era tudo muito escondido⁴⁵. E aí o Sofia: numa rua extremamente movimentada, num lugar que tem um fluxo grande de ônibus, de carro, de pedestre, a gente pensava: como seria isso para esses pacientes, se deparar com esse lugar com tanta informação que eles não tinham? E ao mesmo tempo uma preocupação de preservá-los, de não tornar (o hospital transitório) o lugar em que as pessoas ficassem espiando. Porque até você explicar que nariz de porco não é tomada, no mundo que a gente vive hoje de internet, o risco dessas pessoas serem expostas nesses meios de comunicação era muito grande. (...) E até por questões de segurança para eles, porque a gente não sabia e inclusive não teve nem tempo para estar com essas pessoas para avaliar qual era o grau de;

⁴⁵ Conforme ilustrado nas figuras 1 e 2

assim, autonomia você percebe, mas precisa de um tempo maior de amadurecimento para você entender qual que é de cada um. E pelo relato da Clínica Serra Verde, era o pior relato possível, todos eram, na maioria muito perigosos, agressivos, sem crítica⁴⁶ (entrevista Flávia Diotaiutti).

A solução arranjada para que os usuários não ficassem expostos, no entanto, gerou controvérsias entre os trabalhadores do hospital. A linha de frente, a última fronteira entre o espaço do Hospital Transitório e o da rua era um portão de grades vazadas. No intuito de fazer um anteparo à vista de fora, as grades foram cobertas por lençóis. Esses lençóis eram de uma cor azul escuro e cobriam uma faixa na altura média das grades, de maneira que as canelas e os olhos da maioria dos pacientes ficava fora da sua banda de cobertura. Na tentativa de não expor os usuários, essa medida, também regulava a vista de dentro para fora, se colocando como uma barreira leve ao contato visual com a rua.

Durante o grupo focal, os trabalhadores do hospital abordaram esse ponto se questionando: porque privar os usuários da vista completa da rua? Porque esconder esses usuários do restante da cidade? Tal inquietação chegou a provocar uma transgressão de uma das trabalhadoras, que integrava a equipe coordenada pelo Hospital Transitório: não concordando com o uso do recurso, ela arrancou os lençóis das grades, sem que ninguém visse. *É que na verdade eu fui lá e fiquei olhando pelo lado de fora e falei: gente, ninguém merece ficar vendo a rua por assim* (sic) (grupo focal). Ela relata que essa atitude provocou reações diversas nos trabalhadores do hospital: alguns gostaram, outros criticaram e outros “ficaram enlouquecidos” (sic).

Após algumas horas de sua retirada, o lençol foi recolocado. Marlene, a trabalhadora que protagonizou tal ação, relatou que chegou a questionar a direção, tentando entender porque as coisas tinham que ser conduzidas daquela forma. Foi durante o grupo focal que ela encontrou explicações para essa organização do espaço. Outros participantes do grupo, integrantes da EDBH, explicaram que o uso do lençol havia partido de um acordo entre as duas equipes que atuavam no local, para proteger os pacientes do olhar invasivo da cidade. Os trabalhadores explicaram que muitos dos usuários tinham dificuldades de usar roupas e também de acessar os banheiros, pois estavam vindo de outro hospital, o qual mantinha as portas dos sanitários trancadas. Diante dessa exposição, uma estratégia acordada entre eles, foi o uso desse véu, que permitia algum intercâmbio entre os dois espaços ao mesmo tempo em que preservava a

⁴⁶ Isso faz coro com o que Goullart, 2006, discute sobre as mudanças discursivas em relação à loucura.

Figura 5: Organização espacial Hospital Transitório



Fonte: *Google Earth*, 2018.

Diferentemente do Serra Verde, aqui homens e mulheres compartilhavam o uso dos dois pátios, marcados pelos números 1 e 7 da legenda. Os postos de enfermagem, como eram chamados um determinado agrupamento de quartos, eram mistos, embora homens e mulheres não dividissem o mesmo quarto. Com isso, temos que a organização hospitalar não se baseava no gênero para determinar o acesso a qualquer espaço: os espaços destinados aos usuários eram compartilhados por homens e mulheres. No entanto, o casarão, representado pelo número 8 no mapa, se organizava de maneira diferente: no primeiro andar dormiam apenas homens e no segundo, apenas mulheres. Esse segundo andar apresentava certa regulação, própria das usuárias que dormiam ali e dos trabalhadores que eram responsáveis por aquele setor, que consistia em inibir o acesso de usuários do sexo masculino ao local, através da fala, de gritos e às vezes choros.

Outro ponto que chama a atenção ao olharmos para esse espaço em comparação àquele do Serra Verde diz respeito à proximidade com a rua, em um contexto urbano. As janelas de alguns quartos situados no segundo andar do casarão (número 8 da figura 5), davam de frente para a rua Padre Eustáquio e toda efervescência do bairro: dali era possível acompanhar as formas de ocupação do espaço da pracinha, que se enchia e esvaziava de acordo com alguns ritmos regulares, como as horas de saída e entrada do colégio que ficava no quarteirão de baixo. Não era raro encontrar algumas usuárias olhando pela janela, o que parecia despertar o interesse de lavadores de carro que

trabalhavam na pracinha. Tiveram momentos em que, ao chegar para trabalhar, fui abordada por eles, perguntando sobre a história daquelas mulheres que estavam sempre na janela, mas que quase nunca estavam na rua⁴⁷.

De acordo com a organização dos espaços do Hospital Transitório durante a maior parte de sua existência, o refeitório dos pacientes, a sala da T.O. e a academia, lugares representados, respectivamente, pelos números 5, 6, 3 da legenda, eram espaços que tinham regulações em relação ao acesso dos pacientes. Esses espaços ficavam a maior parte do tempo trancados, de maneira que para acessá-los, geralmente os pacientes precisavam contar com a disponibilidade de algum trabalhador do hospital ou com habilidades pessoais para acessá-los de maneira “clandestina”.

No grupo focal os participantes acabaram por esbarrar nessa questão da circulação dentro do espaço do Hospital Transitório. Descrita como uma circulação difícil, inclusive para os trabalhadores, eles explicaram que no hospital tinham muitas portas trancadas, o que acabava por determinar quais percursos poderiam fazer e quais lhes eram restritos. Além das portas, a presença de grades também foi destacada: “os usuários se empoleiravam nelas, tornando a passagem de um cômodo para outro muito difícil” (sic) (grupo focal). Em alguns momentos era necessário contar com auxílio de outro trabalhador para retirar os usuários desse espaço e permitir que alguém atravessasse o portão⁴⁸.

Por outro ponto de vista, uma participante ressaltou que essa organização de portas trancadas e restrição aos espaços também era usada como estratégia pelos trabalhadores no seu cotidiano de trabalho: como muitos dos espaços poderiam ser acessados por mais de uma porta, era possível driblar essa aglomeração de usuários. Assim, quando um trabalhador queria evitar o contato com alguém ou se já estava exausto de lidar com a pequena multidão, ele poderia lançar mão desse recurso.

Não só a organização espacial do Hospital Transitório se diferenciava do seu antecessor, como também a organização dos trabalhadores que ali atuavam. Eles se distribuía em duas equipes diferentes: uma sob o comando do Hospital Sofia Feldman e outro sob a batuta da Secretaria Municipal de Saúde. A equipe do Sofia era composta por profissionais que integravam a parte da estrutura hospitalar: técnicos de

⁴⁷ Acostumados a ver outros usuários do hospital na praça, padaria ou restaurante da vizinhança, eles estranhavam e me questionavam sobre a diferença entre aqueles que frequentavam a rua e aquelas que apenas a olhavam.

⁴⁸ Esse movimento de aglomeração dos usuários será discutido mais adiante na pesquisa.

enfermagem, médicos clínicos e psiquiátricos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos. Enquanto a equipe da Secretaria Municipal de Saúde, a EDBH, respondia pela condução do Hospital Transitório, no sentido de dar o norte das intervenções e conduzir o planejamento da alta hospitalar. Essa equipe era formada por psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais.

O ano de abertura do Hospital Transitório foi o ano que eu me formei em terapia ocupacional. O meu primeiro emprego na área foi nesse hospital, integrando a equipe que era coordenada pelo Sofia. Não durei muito tempo nessa equipe, migrando para EDBH depois de 5 meses de trabalho no mesmo espaço. Experimentei estar nos dois lados, o da inexperiência psiquiátrica do Sofia e do desejo inicial de humanização do cuidado e aquele da EDBH que era fortemente marcado pelo desejo de seus integrantes de representar a cidade para os usuários, sendo, portanto, uma equipe que atuava com vistas para a rua. Grosso modo essas equipes pareciam se dividir, sobretudo no início, entre aquela que fazia o cuidado dentro do espaço do hospital e aquela que puxava e apontava para fora, ressaltando uma forma de cuidado que precisaria, necessariamente, ser realizada nos espaços da cidade.

Não é por acaso que identifico as duas equipes como em lados separados. Embora tenha havido colaboração, para o funcionamento do hospital, tanto dos profissionais do Sofia, como dos da EDBH, havia muitas divergências e atravessamentos na prática cotidiana. Essas divergências eram constantemente abordadas nas reuniões de equipe e também em conversas cotidianas no hospital. Foi essa prática que demonstrou a dificuldade de cada uma das equipes em se manter dentro daquilo que era combinado como sua função, afinal essa divisão mesma trazia suas próprias questões.

À medida que o tempo passava e que os profissionais iam conhecendo melhor os usuários, havia uma tendência, para a maioria dos casos, de que essas divergências se atenuassem. Conhecendo as peculiaridades de cada um, como cada um gostava/podia/queria gastar seu tempo, como se relacionava com os demais, qual a importância do cigarro na vida de cada um, o que gostava de comer, etc, todas essas formas de conhecer os usuários produziam diminuições em algumas tensões cotidianas na lida com eles e entre as equipes. Isso, no entanto, não extinguiu as divergências. Algumas persistiram e até se acentuaram por causa do acesso a esse conhecimento, outras por dificuldades financeiras e burocráticas e outras ainda pela dificuldade no acordo para a condução dos casos.

Ao falarem sobre o espaço do Hospital Transitório, os participantes do grupo focal problematizaram duas questões que avalio serem centrais para essa pesquisa: a percepção do espaço-tempo dentro do hospital e a algo que nomearam como “*ausência da cidade*” nesse espaço (sic) (grupo focal).

Descrevendo a entrada no espaço hospitalar, ao atravessar os portões, uma trabalhadora da EDBH destacou

parecia que eu estava em um outro tempo. Era como se a existência da combinação estrutura hospitalar e usuários em abandono e sofrimento intenso fosse algo que pertencesse a uma outra época, algo que não se encaixa nesse tempo de agora, pelo menos, não nessa configuração” (sic) (grupo focal).

Uma outra trabalhadora, também da EDBH, explicou essa diferença em relação à percepção do tempo, dizendo *parecia, de estar em outro tempo, quando eu entrava no Sofia tudo acabava, parecia que a cidade acabava* (sic) (grupo focal). A cidade para ela era representada pela praçinha que havia do lado de fora do hospital, do outro lado da rua. *Nessa praçinha tinha pássaro, tinha árvore, tinha gente e ela contrastava diretamente com o espaço do hospital, que era um espaço árido* (sic) (grupo focal).

Atuando na equipe coordenada pelo Sofia, Marlene percebia o espaço hospitalar de outra forma, *aquele era o meu mundo, ali eu tinha paz. Eu me jogava ali pra dentro. Às vezes eu voltava de noite (para o Hospital Transitório) para saber se tava tudo bem* (sic) (grupo focal). A partir dessa imersão, ela relata que o que a incomodava era o mundo do lado de fora, os barulhos.

É interessante observar que, por um caminho ou outro, o grupo deixou claro que havia uma diferenciação de um mundo interno, de dentro do hospital e um mundo de fora, mesmo que as impressões entre eles tivessem divergências. Esses mundos pareciam se diferenciar tanto em relação à estrutura física e aos seus “habitantes” como em relação às normas sociais e de convívio, dialogando com o que Goffman, 1989, descreveu em sua pesquisa. Enquanto indivíduos que acessavam os dois mundos, os participantes do grupo focal relataram que se chocavam com comportamentos e práticas que pareciam existir apenas dentro do hospital⁴⁹.

De maneira geral o grupo parecia dizer: existe o mundo de dentro do hospital e o mundo de fora do hospital e o nosso trabalho consistia em levar os usuários de dentro para fora, como em um caminho inverso àquele descrito por Goffman, 1974, em relação à *carreira moral do doente mental* dentro de uma instituição total. Se o início dessa

⁴⁹ Algo que também foi observado por Goffman, 1989.

carreira é marcado, segundo o autor canadense, por algo que ele chama de modelo de expropriação, onde relações e direitos são perdidos (GOFFMAN, 1974), isso que estou nomeando de processo inverso parece ser marcado, no seu início, pelo trabalho de retomada tanto das relações como dos direitos.

Em diversos momentos os participantes trouxeram na sua fala a questão da loucura como uma “definição da sociedade” ou como uma questão de eleição de um tipo social de uma época ou ainda como a incapacidade de um indivíduo se enquadrar em determinado contexto social. Para lidar com esse tipo socialmente construído, que não se enquadra no contexto da cidade, foram construídos os manicômios, segundo relato dos participantes. O grupo pareceu concordar quanto a essa função social dos manicômios e pareceu alinhado quanto a função dos trabalhadores de mostrar tanto para os usuários quanto para a vizinhança do Hospital Transitório que era possível a convivência entre os habitantes dos dois mundos e, posteriormente, a migração daqueles do mundo de dentro para o mundo de fora.

Essa função se realizava tanto no *mundo interno* como no *externo*. Dentro do hospital os trabalhadores da EDBH buscavam aproximar dos usuários, procurando entender sua história, sua forma de se organizar no espaço, sua relação com os demais usuários, sua vontade de acessar outros espaços, seu conhecimento sobre a cidade de Belo Horizonte⁵⁰, suas habilidades comunicativas. Uma vez construído, a partir dessa aproximação, algum laço de confiança entre o trabalhador e o usuário, o mundo externo surgia no horizonte dessa relação. Assim, inicialmente os trabalhadores faziam convites aos usuários para que fossem na rua para tomar um café, ou para comer queijo ou sorvete, outras ainda para comprar um cigarro na padaria. Também havia convites que não envolviam consumo de coisa alguma, sendo aqueles para ir à pracinha que havia do outro lado da rua do hospital. Na rua havia oportunidades que não existiam no *mundo interno*, tais como o encontro com pessoas nunca antes vistas; o contato com o tráfego, a própria paisagem; oferta de variadas comidas, tanto na padaria, como na sorveteria, restaurante e sacolão. Decorrente disso, o mundo externo foi se tornando um espaço privilegiado de intervenção, em concordância com a literatura da área da saúde mental (COSTA e BRASIL, 2014)

Nina, trabalhadora da EDBH, localiza que o trabalho que foi feito no hospital era um trabalho de lidar com exclusão social e não de crise psiquiátrica.

⁵⁰ Muitos usuários não eram naturais de Belo Horizonte.

Outra coisa que tá aparecendo e que acho importante a gente lembrar é isso da volta para a sociedade, como que a gente tá numa cultura, as pessoas já excluem ou não excluem, tem o aceitável e o inaceitável, mas que não era uma intervenção com eles (usuários) de uma mudança de postura para que sejam aceitos, foi um misto, de estar na rua, de conviver, mas também da rua poder estar perto. Da rua poder conviver com essa loucura também, porque como que você pede pra uma sociedade dar conta de algo que elas (as pessoas da sociedade) são privadas de conviver historicamente?! (grupo focal).

A trabalhadora ao falar da construção da relação que estabelecemos com a padaria lembrou que os primeiros encontros nesse espaço foram difíceis, *não podia entrar (os usuários), tinha abaixo assinado da comunidade*(grupo focal). No entanto, após um tempo de convivência com os usuários essa relação se inverteu, de maneira que a presença dos usuários na padaria se tornou tão cotidiana como natural. Nina conta

e aí nos finais (se referindo à proximidade do fechamento do hospital) a Fininha (usuária do hospital) tinha dia que escalava aquele forno (da padaria) para pegar um salgado lá dentro e isso era visto com uma naturalidade na padaria, sabe, uma intervenção (da usuária no espaço) que era vista de maneira tão tranquila (grupo focal).

Outros participantes complementaram, lembrando que o dono da padaria colocou uma bancada para portador de deficiência física depois que Neguinho⁵¹ (usuário do hospital) caiu do muro e precisou andar de cadeira de rodas por um tempo.

O padre, no final da missa, dizer do nosso trabalho (para os fieis), o Tião da sorveteria, a venda, como que a gente foi construindo aquele espaço e como que isso (foi uma construção) para eles (usuários e moradores e trabalhadores do bairro) também: as coisas vão mudando (sic) (grupo focal).

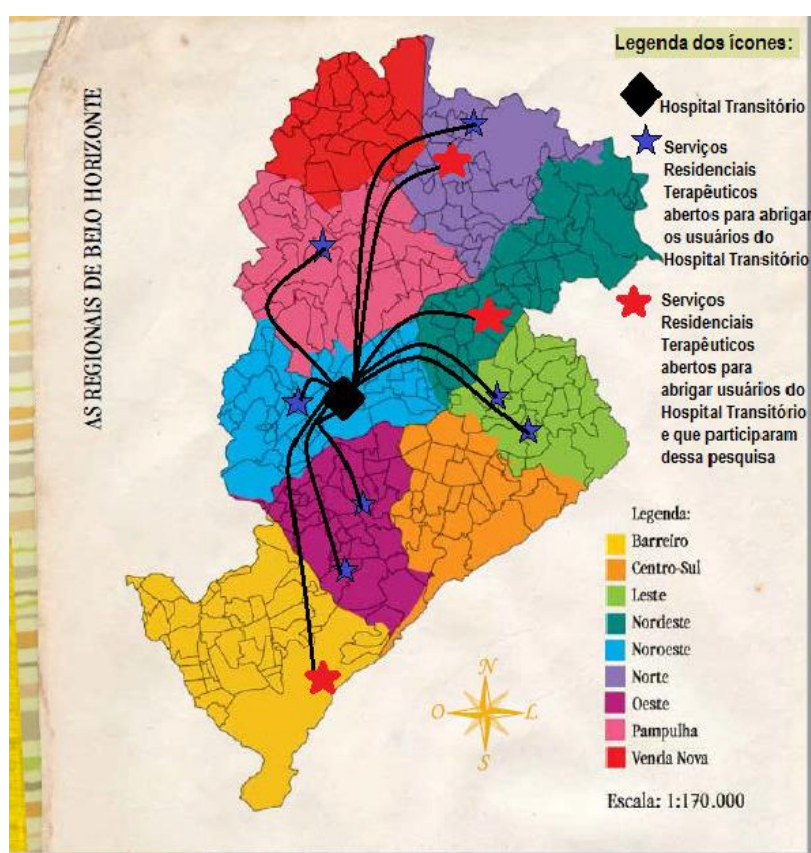
Quando o Hospital Transitório foi aberto a previsão era que em um ano faríamos o seu fechamento. Ainda em 2012 abrimos dois SRT, proporcionando a saída dos usuários que estavam mais preservados⁵². No entanto, o prazo precisou ser estendido, de maneira que foram necessários três anos e sete meses para que todos os usuários recebessem alta. Nesse processo, Belo Horizonte abriu 10 Serviços Residenciais Terapêuticos, em seis regionais da cidade, abrigando 69, dos 149 usuários que chegaram

⁵¹ Neguinho era um grande frequentador da padaria e embora tenha vivido muitos momentos de conflito naquele espaço, era querido pelos trabalhadores.

⁵² Usávamos essa palavra para dizer daqueles usuários que apresentavam pequenas sequelas corporais e subjetivas da internação prolongada. Essas sequelas eram provocadas pelo uso prolongado e abusivo de medicamentos, pela falta de alimentação adequada, pela falta de contato com familiares e pessoas próximas, pela reclusão, pelas formas de tratamento recebidas durante esse período. Observávamos isso através da forma do contato dos usuários conosco e com as outras pessoas do hospital e da rua (se conseguiam falar; como articulavam as ideias; como se expressavam), mas também observando a forma de cada um lidar com o seu corpo, a forma de se alimentar, de usar o banheiro e lidar com os seus excrementos, formas de uso dos espaços e como lidavam com os objetos e, para alguns, com o dinheiro (memórias do hospital).

ao Hospital Transitório. A figura 6 mostra a distribuição desses serviços pela cidade. Os outros 80 usuários foram realocados em SRT que já existiam na cidade ou em outros municípios, como Contagem, Betim, Ibirité, Pará de Minas, Bom Despacho. O município de Mutum, no interior de Minas, apesar de não ter nenhum usuário que tenha nascido lá, se mobilizou para a abertura de uma SRT que abrigou quatro usuários⁵³. Oito usuários voltaram para casa de seus familiares, sendo que uma delas foi acompanhada por mim de avião, até Braslândia, cidade satélite de Brasília.

Figura 6: Distribuição na cidade de Belo Horizonte dos SRT abertos para abrigar usuários do Hospital Transitório



Fonte: <https://sites.google.com/site/ahistoriadobairrotupibh/mapas>, 2018.

Os SRT que participaram dessa pesquisa foram abertos nos anos de 2013 e 2015 e aparecem no mapa 7 marcados com estrelas vermelhas. Eles se situam nas regionais Nordeste, Barreiro e Norte.

⁵³ A escolha dos usuários que foram para essa SRT foi baseada na maior proximidade do município com a cidade de origem do usuário, em comparação com BH e com o desejo de morar em áreas menores e menos urbanizadas por parte dos usuários (memórias do hospital).

Antes, no entanto, de aprofundar na descrição desses SRT e tendo em vista a descrição do funcionamento do Hospital Transitório, trabalharei sobre as categorias que foram criadas para descrever as práticas de mobilidade dos usuários quando ainda estavam internados no Hospital Transitório.

3.2: Práticas de mobilidade no Hospital Transitório

As discussões do grupo focal realizado com os trabalhadores do hospital foram concentradas em dois pontos principais: a lembrança do trabalho naquele local e o conceito de mobilidade, a partir das memórias dos movimentos dos usuários dentro daquele espaço. A partir desse processo foi possível descrever uma primeira camada das mobilidades de cada um dos usuários, e então agrupá-las de acordo com as variações encontradas, conforme discutido no capítulo 2.

Abaixo cada uma das categorias criadas será descrita, bem como alguns caminhos analíticos que levaram a essa categorização. Ao final será apresentado um panorama geral da mobilidade durante a internação no Hospital Transitório, revelando o número de usuários em cada categoria e as variações observadas.

3.2.a: Grupo de dentro

O Grupo de dentro reúne usuários que realizavam deslocamentos principalmente dentro dos espaços do Hospital Transitório, de maneira que o mundo institucional ou mundo de dentro se sobrepunha maciçamente ao mundo externo.

Aqui temos usuários que de alguma forma tinham medo de sair do hospital ou desconsideravam essa possibilidade para si, seja por questões psíquicas (construíam um mundo dentro do hospital para o qual destinavam todos os seus investimentos), por questões físicas (apresentavam alguma questão clínica que os impedia de sair da cama) ou por questões relativas ao grau de devastação subjetiva em decorrência dos anos de institucionalização (organizavam sua vida em torno apenas das rotinas hospitalares). Observando essas diferenças, construímos as subcategorias de tal maneira que as questões psíquicas estão representadas no sub-agrupamento denominado *Circuitos particulares* e as questões físicas e relativas ao alto grau de devastação psíquica estão contidas no sub-agrupamento chamado *Circuitos institucionais*. Abaixo teremos descrições detalhadas de cada uma dessas sub-categorias.

Circuitos particulares

Esse agrupamento contém quarenta e cinco, dos cento e cinquenta internos do Hospital Transitório e foi assim denominado, pois pretende descrever movimentos dentro do hospital que escapam àqueles prescritos pelas rotinas hospitalares, tais como tomar banho, comer, tomar remédio e receber o cigarro. Os circuitos particulares são invenções de alguns usuários que parecem retratar construções próprias de formas de estar no hospital e passar o tempo ali. Um exemplo desse tipo de circuito era o caso de alguns usuários que percorriam as alas e andares do local, vasculhando os armários em busca de objetos que exerceriam alguma função dentro desse mesmo circuito.

Esse era o caso de Cleitinho, que acreditava possuir uma febre contagiosa. Para ele, a forma de impedir esse contágio era vestindo blusas por cima de blusas, de maneira sobreposta. No entanto, as únicas blusas que tinham esse efeito eram aquelas que, na sua etiqueta, revelavam a fabricação brasileira. A mãe de Cleitinho era costureira, a melhor do Brasil, assim ele explicava que as blusas “made in Brasil” eram cerzidas pelas mãos de sua mãe e, portanto poderiam proteger contra a transmissão de sua febre. Em busca de refrear o mal que poderia avançar para os outros, Cleitinho peregrinava de armário em armário, vestindo blusa sobre blusa. Não era raro ser encontrado dentro de um desses armários, quase imobilizado pela quantidade de blusas que sobrepunha em seu corpo.

Ainda que escapassem às rotinas do hospital, demonstrando certa resistência à institucionalização, esses circuitos tinham poucas variações, o que me levou a indagar se a restrição dos espaços de circulação tem algum efeito nas possibilidades de variação desse repertório. Nas conversas e reuniões de equipe enquanto trabalhávamos no Hospital Transitório, nós, da Equipe de Desinstitucionalização imaginávamos, a partir dessa pergunta que a transferência para os SRT poderia ter algum efeito nessa variedade de repertórios, uma vez que os moradores teriam acesso a outros espaços.

Outra forma de descrever esses circuitos próprios é pelo exemplo de usuários que elegiam alguns espaços do hospital como espaços seus. Esses usuários circulavam por diversos lugares do hospital e também costumavam estar alertas para as rotinas da instituição. No entanto, sempre que alguém precisava localizá-los, sabia onde procurar. Esse era um deslocamento marcado sobretudo, pela quietude, já que uma vez que

alcançavam seus “esconderijos”, os usuários costumavam permanecer longos períodos nesses locais, ancorados, como que envoltos em um mundo próprio.

Fininha era uma dessas usuárias. Um dos espaços que elegera para si ficava próximo à recepção do hospital. Ali havia um banco, sobre o qual a usuária se colocava. Passava horas deitada ao abrigo desse banco, em movimentos que lembravam brincadeiras com as miudezas que recolhia do chão do hospital: pedrinhas e guimbas de cigarro. Também se esgueirava para as adjacências desse banco e às vezes virava meia cambalhota para trás e parava com os pés colocados ao lado de sua cabeça. De tão imiscuída com a superfície, fazia com que o chão parecesse uma extensão do seu corpo.

Nos primeiros contatos com esses usuários, alguns trabalhadores do hospital apresentaram dificuldades com esses circuitos construídos, revelando medo e incomodo com essas práticas. No entanto, com a convivência, alguns desses trabalhadores passaram a buscar explicações para esses circuitos através da observação e também de conversas com os próprios usuários e outros trabalhadores. Essa compreensão dissolvia os sentimentos de medo e minimizava os sentimentos de mal estar para muitos deles. Isso tinha um impacto direto na convivência dentro hospital: os usuários poderiam dispensar certa negociação com a equipe toda vez que, descrevendo seus circuitos particulares, precisavam acessar espaços incommuns ou permanecer em locais inusitados. Em relação àqueles trabalhadores do hospital que tinham dificuldade para compreender esses movimentos, era frequente observamos o seu protagonismo em situações de conflito com esses usuários.

Circuito institucional

Contei trinta e oito usuários reunidos na subcategoria *Circuito institucional*, marcada, sobretudo pela grande devastação subjetiva de seus integrantes, decorrente da institucionalização. Aqui, o denominador comum são as rotinas hospitalares como disparadoras principais dos movimentos dos integrantes, ou, em outras palavras, a pobreza no repertório dos movimentos desenvolvidos. Goffman (1974) nomeia essas rotinas como “organização formal instrumental” (p.149) e as define como “um sistema de atividades intencionalmente coordenadas e destinadas a provocar alguns objetivos explícitos e globais” (p.149). Para o autor canadense, uma das características das organizações muradas é que *parte das obrigações do individuo é participar, visivelmente, nos momentos adequados, da atividade da organização, o que exige (...)*

certa submissão do eu à atividade considerada (GOFFMAN, 1974, p. 150). Para o autor a aceitação por parte do indivíduo para participação nessas atividades institucionais se coloca tanto como uma necessidade, quanto como um símbolo do seu compromisso e adesão.

Coloquei aqui aqueles usuários que passaram a maior parte do seu tempo no hospital aguardando o momento de descer ao refeitório para comer ou em filas esperando o momento do banho ou da distribuição de cigarro e remédio, algumas das drogas utilizadas pela instituição. Alguns deles se colocavam de frente para o portão do refeitório e só saíam dali quando convocados para essas filas, outros pareciam ter as rotinas hospitalares marcadas em seu próprio relógio biológico, não precisando ser convocados, pois já se encaminhavam para os espaços determinados quando dava o horário, em um movimento natural.

No tempo entre uma rotina e outra alguns desses usuários permaneciam em seu leito, no pátio ou na sala de TV. Alguns aceitavam os convites que a Equipe de Desinstitucionalização lhes endereçava, mas raramente endereçavam qualquer convite para outra pessoa. Descreviam certo movimento de inércia: onde eram colocados, ficavam; se um grupo de pessoas começava um movimento de formação de filas, acompanhavam; se alguém lhes convidasse para ir a qualquer lugar, iam.

Dentre os trinta e oito usuários agrupados aqui, encontrei duas que tinham formas mais discretas e sutis de se comunicar, o que as colocava em uma posição de grande dependência de outras pessoas para realizar movimentos, mesmo que mínimos. Portanto, acabavam entrando no circuito institucional de forma massiva: tinham o dia destinado para as rotinas e horários hospitalares se revezando entre as atividades de banho, alimentação e medicação. Essas usuárias até frequentavam a rua a partir de convites da equipe, mas quase nunca demandavam essas saídas. Sua comunicação era pobre, costumavam usar o choro para dizer de algum incômodo, além do fato de dependerem de auxílio externo para sair do leito e para locomoção (usavam cadeiras de rodas).

De maneira geral, a maioria dos usuários dessa subcategoria tinha uma boa relação com os trabalhadores da instituição, sendo denominados como bomzinhos e legais. Eles aceitavam, sem muita resistência, as regras e rotinas do hospital, o que facilitava o trabalho desses funcionários. Alguns chegavam a ser convidados para ajudar na execução dessas rotinas, como por exemplo, auxiliar na distribuição das roupas ou de refeições pelo hospital, colaborando com trabalhadores desses setores.

3.2.b: Grupo de fora

Nesse grupo os usuários parecem permitir ou autorizar o mundo exterior a participar de sua rotina institucional. Eles incluíam a rotina extra-hospitalar (passeios; idas à pracinha, à padaria, ao restaurante; ir à escola) à rotina hospitalar e muitas vezes se articulavam para conseguir executar algumas dessas rotinas apenas do lado de fora, substituindo a sua realização dentro do hospital. Como, por exemplo, os usuários que passaram a recusar o café ofertado dentro do hospital, pois o da padaria lhes agradava melhor o paladar.

Aqui estão tanto aqueles que já traziam consigo, desde o início da existência do Hospital Transitório, o desejo de acessar os espaços exteriores a ele e que por isso, endereçavam à equipe esse desejo, quanto aqueles que, à princípio pareciam conformados com a vida hospitalar, mas que a partir de convites da Equipe de Desinstitucionalização, passaram, eles próprios à requerer o acesso aos espaços de fora. Esse grupo representa aqueles que conseguiram guardar consigo algum desejo de movimento ou que se deixaram contaminar pelo desejo da Equipe, que lhes fazia um insistente convite à vida fora da instituição. Assim como no Grupo de dentro, aqui temos representados tanto usuários que tinham plenas capacidades motoras, como aqueles que precisavam de auxílio externo para deambular.

A partir da descrição dos movimentos de cada um desses integrantes, eles foram divididos em duas subcategorias, qual sejam, “Projetos na cidade” e “Projetos de alta”. Embora os integrantes das duas categorias estivessem fadados à alta hospitalar⁵⁴, embora a intenção da Equipe de Desinstitucionalização tenha sido de provocar esses usuários para que desejassem viver fora do hospital, havia uma diferença que permitiu essa subdivisão. Os integrantes da segunda subcategoria traziam formulado em seu discurso, um pedido claro: “Eu quero ir embora desse hospital!”, “Eu quero ir pra Bom Despacho!”, “Eu quero voltar para a casa da minha família!”, “Eu quero voltar para Ouro Preto!”. Aqueles da primeira podiam até ter esse desejo de alta, mas o formulavam de uma maneira mais sutil, não apresentavam a urgência que esses, do segundo grupo,

⁵⁴ Assim como todos os usuários internados no Hospital Transitório.

apresentavam. De alguma maneira, eles mantiveram viva a lembrança desse *mundo exterior* e não perdiam a oportunidade de reclamar a sua alta e retorno para cidade natal.

Projetos na cidade

Os *Projetos na cidade* representavam, muitas vezes, projetos despreziosos, como ir tomar um café na padaria ou comprar uma fruta no sacolão ou simplesmente ver a rua, sentado no banco da pracinha. Não eram movimentos que tivessem a finalidade de alta hospitalar, mas talvez, um intervalo da rotina institucional, uma experimentação de outros sabores de comidas, ver o céu de outro ângulo.

É importante ressaltar que todos os usuários eram constantemente convidados a integrarem esse grupo, ampliando suas possibilidades de movimento para além dos espaços da instituição. No entanto, o que caracteriza aqueles que foram aqui alocados é o fato não apenas de terem respondido a esses convites com o aceite, mas sobretudo por terem, a partir desses convites, começado a formular, eles mesmos, pedidos para acessar os espaços exteriores ao hospital. Para muitos deles foi necessário insistir em convites diários por muitas semanas até que o primeiro aceite fosse dado. Para outros, as saídas só se tornaram possíveis quando viam algum colega voltando da rua. Há ainda aqueles que, antes de aceitar o convite, haviam destinado parte dos seus dias no hospital observando a rua pelas grades do portão de entrada.

Depois de um movimento inicial da Equipe, essa dinâmica se inverteu para a maioria dos casos: os usuários passaram a abordar, não só os seus técnicos de referência, como outros profissionais para que os levassem à rua. À medida que chegávamos ao hospital éramos abordados logo no portão com as demandas para esses pequenos *projetos na cidade*. Assim circulávamos à pé pela vizinhança imediata do hospital, mas também de ônibus pelos bairros vizinhos e pelo centro da cidade e de táxi, quando a dificuldade de locomoção do usuário impunha maiores obstáculos.

Dentre os destinos desses pequenos projetos na cidade, a maioria eram estabelecimentos que vendiam comida: padaria, sacolão, restaurante, açougue, sorveteria. Talvez pela repetição dos cardápios e temperos hospitalares, a comida era o verdadeiro chamariz para que os usuários se movimentassem para fora do hospital. Algumas vezes íamos ao cinema, teatro, museus e praças de outros bairros da cidade e isso requeria maior planejamento e organização da Equipe. Os balizadores de todas as

saídas eram sempre os usuários: eles definiam o tempo, o local, as companhias e, algumas vezes, o caminho para chegarmos ao destino desejado.

Em um determinado momento da existência do hospital, quando ele tinha por volta de 8 meses de vida, descobrimos que alguns usuários tinham vontade de voltar a estudar. Nos mobilizamos para que pudéssemos viabilizar esse retorno: mapeamos o EJA - Educação de Jovens e Adultos⁵⁵ mais próximo; pedimos autorização para a coordenação do hospital; organizamos os documentos necessários para a matrícula; fizemos uma escala de trabalhadores que se responsabilizariam por acompanhar os estudantes nas idas e vindas das aulas. Essas idas e vindas eram feitas à pé e/ou de ônibus e nas primeiras vezes que levamos os usuários para a escola, fomos chamando a atenção para as estruturas que marcavam o nosso caminho: a padaria, o brechó, a loja de passarinhos, o prédio do INSS. A intenção era que isso pudesse ajudá-los a construir um mapa daquele caminho, para que um dia pudessem fazê-lo de maneira independente.

Com o tempo, ir aula passou a fazer parte da rotina de alguns desses usuários de tal maneira que eram eles quem nos lembravam do seu compromisso fora do hospital. Eles se tornaram habituados aos caminhos de ida e volta como nós nos habituamos aos caminhos cotidianos que temos que fazer para ir ao trabalho, à escola ou à padaria, tornando o acompanhamento da equipe dispensável. No entanto, por estarem internados no hospital, não tinham permissão para circularem sozinhos fora dos limites da instituição. Ainda assim, uma vez, um usuário saiu da escola sem que as trabalhadoras que o acompanhavam vissem. Ele chegou ao hospital sozinho, tranquilo e pouco tempo depois das trabalhadoras terem dado por sua falta, demonstrando sua capacidade de percorrer esse trajeto sem acompanhante. Ainda assim, o acompanhamento teve de ser mantido.

Nesse grupo ainda encontramos outra forma de movimento dentro do hospital, protagonizada, sobretudo por usuários que tinham grandes dificuldades de deambulação, mesmo com suporte externo. Eram pessoas com alguns comprometimentos clínicos importantes que justificavam a sua permanência, na maior parte do tempo, no leito, além de produzir restrições significativas nas formas dessas pessoas se alimentarem. Muitas delas se alimentavam por sonda.

Mesmo com os comprometimentos clínicos e as dificuldades para saírem do próprio leito, alguns integrantes desse grupo se organizavam de tal forma que

⁵⁵ O EJA no qual os internos do Hospital Transitório estudavam se localizava há uma distância de aproximadamente dez quarteirões do hospital, dentro do Centro de Convivência Carlos Prates.

conseguiam provocar trabalhadores para que lhes trouxessem objetos e alimentos que não eram encontrados dentro do hospital. Diante da sua impossibilidade ou dificuldade de acessar os espaços de fora do hospital, esses usuários faziam o movimento de pedir que lhe apresentassem com um pedacinho do mundo exterior à instituição. Observamos nesses comportamentos, um papel fundamental da capacidade comunicativa desses usuários, responsável por viabilizar essas organizações que fugiam das rotinas hospitalares puramente.

Um bom exemplo desse tipo de situação era a articulação que fazia Felipe, um usuário acamado, para que a equipe lhe trouxesse fotos de jogadores de futebol e a bandeira desse time para que fossem penduradas ao redor de sua cama. Outra usuária, apesar dos médicos terem prescrito para ela uma dieta controlada, convenceu, certa vez, a equipe do hospital a lhe cozinhar uma buchada de bode.

Projeto de alta

O grupo denominado *Projeto de alta* reúne dezesseis usuários que, desde a abertura do Hospital Transitório, acessavam a Equipe de Desinstitucionalização para pedir a sua alta hospitalar. Muitos desses usuários acionavam outros profissionais do hospital e mesmo pessoas na rua para dizer do seu sofrimento e pedir para ser liberado. Eles também iam à pracinha ou à padaria, para fazer intervalo da rotina hospitalar ou experimentar algo novo, mas havia sempre um apelo para sua alta. É interessante observar que os integrantes desse grupo possuem toda alta capacidade comunicativa e apenas um deles dependia de suporte externo (cadeira de rodas) para se locomover. Infelizmente esse usuário que usava cadeira de rodas faleceu poucos dias antes de receber sua alta. Ainda assim ele será retratado nesse momento de descrição dessa categoria, como usuário emblemático que era desse tipo de movimento.

Muitos dos integrantes desse grupo mantinham vivas e presentes na sua fala as memórias de sua cidade de origem e, ao demandar sua alta, estavam demandando o retorno para esses municípios. Rei não podia ver um técnico da EDBH que logo vinha pedir para ir para Bom Despacho. Certa vez, argumentando com um dos técnicos sobre sua alta, foi convidado a ir para pracinha. Chegando ao local, que se localizava na rua de frente para o hospital, Rei persistiu na sua argumentação, queria ir para Bom Despacho e não aceitava negociações. O técnico conversou com ele sobre as dificuldades de atender a esse pedido imediatamente, explicando as articulações

necessárias para a concretização da alta. Rei não cedia. Queria ir pra Bom Despacho com urgência. Nesse momento, passou um ônibus na rua, trazendo escrito no seu letreiro “Bom Despacho”. Rei olhou para o técnico como que pedindo para embarcar no coletivo, como se a saída pro seu pedido de alta houvesse acabado de chegar, bastava que ele embarcasse. O técnico ficou sem reação diante da situação, no fundo, queria autorizar o usuário a embarcar em um ônibus que o levasse de volta para sua cidade. Isso, no entanto, não foi possível. O ônibus se foi e Rei retornou para o hospital, junto com o técnico.

Estrela era um usuário cadeirante que tinha diversos comprometimentos clínicos, dentre os quais um tumor significativo em seu cérebro. Os médicos não compreendiam como ele continuava a falar e demandar, mesmo com essa alteração importante. Fato é, que Estrela nunca deixou de pedir para ir embora do hospital. Quando colocado em sua cadeira de rodas, precisava ser amarrado a ela, pois, fazia movimentos intensos de se livrar do aparelho para se locomover com as próprias pernas. Ao menor sinal de que alguém estava abrindo a portinhola do hospital, ele disparava a gritar, “Ou! Me leva na rua!”. Mesmo com o seu comprometimento motor, o usuário abordava a equipe frequentemente, dizendo do seu desejo de ir embora dali. Apesar da brava resistência que Estrela empenhou para sobreviver aos problemas clínicos e do esforço da Equipe de Desinstitucionalização para operacionalizar sua alta, o usuário faleceu dias antes da concretização desse pedido.

É importante descrever que o movimento de muitos desses usuários trazia em si uma reivindicação consistente pela retomada daquilo que lhe fora retirado pelos anos de internação. Eram esses também os usuários que viam com maior crítica não só a internação, enquanto um movimento de privação de liberdade, como também criticavam as rotinas hospitalares as quais tinham que cotidianamente seguir. Alguns deles subvertiam constantemente essas rotinas e as formas de organização do hospital, acessando espaços restritos aos funcionários, recusando-se a tomar a medicação prescrita ou às vezes com pequenos movimentos, como ascender ou apagar as luzes de alguns cômodos em momentos inusitados.

Por se colocarem dessa maneira, protagonizavam conflitos com alguns trabalhadores do hospital, principalmente com aqueles que interpretavam essas atitudes como uma afronta institucional ou pessoal. Trabalhadores que tinham como marca a rigidez no cumprimento de suas funções, também costumavam entrar em conflito com

esses usuários, pois exigiam que as rotinas fossem cumpridas à sua maneira, deixando pouco espaço para que cada usuário pudesse trazer algo de seu naqueles momentos.

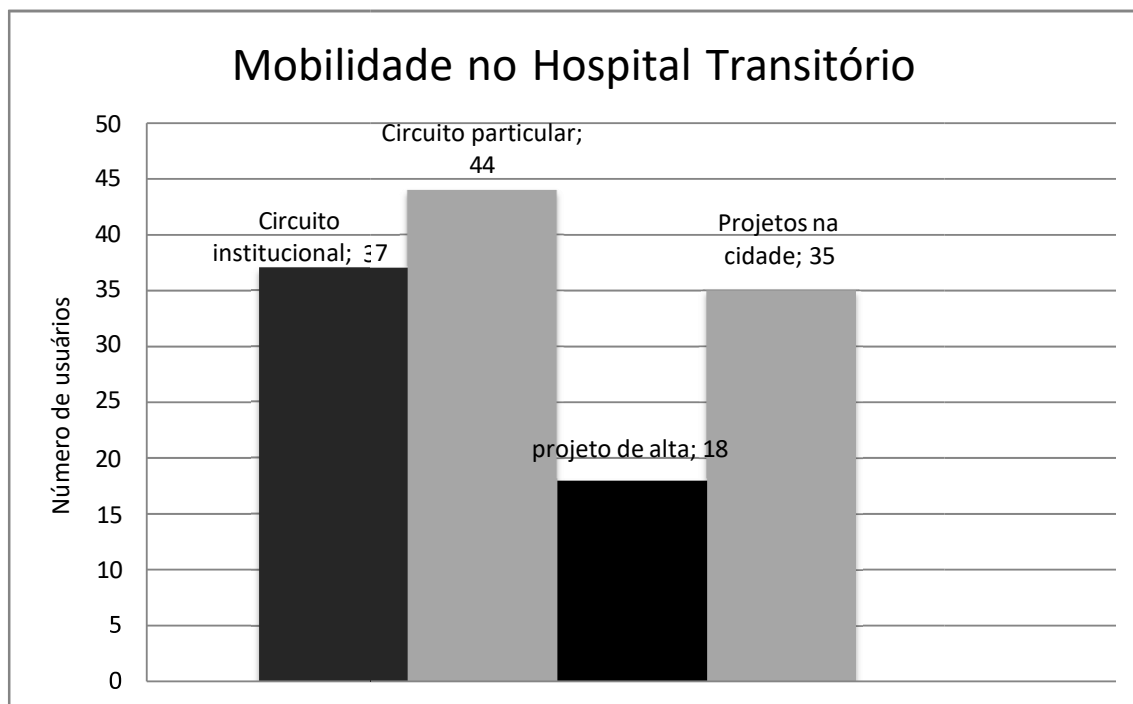
Outro ponto que mobilizava alguns trabalhadores em relação a esses usuários era o sofrimento que demonstravam sentir tanto pelas violências do processo de internação quanto pela saudade que relatavam sentir da família e da cidade, mas também pelos relatos dos planos construídos em suas cabeças para o dia que saíssem do hospital.

Nelson era um dos mais emblemáticos usuários a carregar a bandeira dessa subcategoria. Constantemente nos acionava para dizer da necessidade que tinha de voltar para sua casa, em Ouro Preto, para retomar a construção do seu espaço, com “dois caminhões de pedra, dois de brita e dois de areia”. Falava abertamente do seu sofrimento e atravessava momentos de depressão pela não concretização do seu pedido de alta. Por outro lado, também protagonizava momentos nos quais investia com muita energia no seu projeto de alta. Tal foi seu investimento que conseguiu se formar no ensino fundamental no EJA estando ainda internado no Hospital Transitório. Nelson encarava os estudos assim como nós, que levamos uma vida fora do hospital, encaramos: era um instrumento que ele usaria para se capacitar e futuramente se profissionalizar. Nelson dizia que queria fazer faculdade e investiu para começar a construir esse projeto ainda dentro do hospital. Ele também era um dos maiores críticos do processo de institucionalização, verbalizando com muita lucidez as violências que sofreu ao longo do seu trajeto pelos hospitais psiquiátricos.

3.2. c: Descrição geral da mobilidade

Diante do exposto acima, podemos ter uma ideia geral de como os internos do Hospital Transitório se movimentavam pelos espaços de dentro e de fora desse dispositivo. Abaixo temos um gráfico que mostra a distribuição dos tipos de mobilidades encontradas no Hospital Transitório.

Gráfico 1: Mobilidade no Hospital Transitório



Fonte: elaboração própria, 2018

Tanto o Grupo de dentro como o Grupo de fora parecem bem representados dentre as mobilidades descritas. A predominância daquelas encontradas no Grupo de dentro, no entanto, não revela grande surpresa, uma vez que essas pessoas passaram muitos anos restritas aos espaços internos das instituições. O que parece significativo nessa comparação é um número relevante de usuários representados no Grupo de fora, sobretudo na subcategoria “Projetos na cidade”, sugerindo a confirmação desse hospital tanto como um dispositivo, quanto como um espaço de transição entre os dois modelos de atenção em saúde mental. Ao caracterizar o Hospital Transitório como um espaço que permitia tamanha interlocução com a cidade, percebo ele se distanciar do conceito de *instituição total* de Goffman(1989).

3.3: Os Serviços Residenciais Terapêuticos

Os Serviços Residenciais Terapêuticos são definidos pela portaria 106, de Fevereiro de 2000, como “moradias inseridas na comunidade, destinadas a acolher pessoas egressas de internação de longa permanência (dois anos ou mais ininterruptos), egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia, entre outros” (BRASIL,

2000). De acordo com essa portaria, essas casas podem ser classificadas de duas maneiras: como tipo I, sendo a “modalidade de moradia destinada àquelas pessoas com internação de longa permanência que não possuem vínculos familiares e sociais. A lógica fundamental deste serviço é a criação de um espaço de construção de autonomia para retomada da vida cotidiana e reinserção social” (BRASIL, 2000). Ou como tipo II, “modalidade de moradia destinada àquelas pessoas com maior grau de dependência, que necessitam de cuidados intensivos específicos, do ponto de vista da saúde em geral, que demandam ações mais diretas com apoio técnico diário e pessoal, de forma permanente” (BRASIL, 2000).

Os três SRT participantes dessa pesquisa se encaixam nas descrições da portaria, de maneira que as Casas de Maré e de Dom Pedro são aquelas do tipo I e a Casa de Rodas, do tipo II. Mesmo com classificações e constituições diferentes, de maneira geral, foi possível observar algumas generalidades relacionadas às três casas. Farei uma breve descrição desses pontos, para em seguida abordar as particularidades de cada um dos SRT.

Nas três casas observei que as cuidadoras têm uma intensa rotina tanto de cuidado com os espaços, como com os moradores, algo que pareceu se concentrar, nos três SRT, no turno da manhã. Reparei nesse turno um movimento intenso das trabalhadoras para organizar os banhos, as medicações, as dietas⁵⁶, as refeições, a limpeza da casa, o almoço. A supervisora de uma das casas explicou que não há uma orientação para que os banhos sejam dados pela manhã, obrigatoriamente, eles devem ser realizados no momento em que cada morador escolher.

Essa orientação é cunhada, segundo a supervisora para provocar efeitos em duas vias: permitir que os moradores escolham seus horários de banho e diminuir o volume de atividades das trabalhadoras pela manhã, diminuindo assim a *correria* desse período. Algumas cuidadoras da Casa de Rodas explicam que a maioria dos moradores prefere tomar banho pela manhã e atribuem a isso dois motivos: o incomodo de alguns deles com a fralda da noite e a opção de outros por usarem o vaso sanitário pela manhã, ao invés de realizar suas necessidades na fralda. Dessa forma, pude observar diferentes configurações das atividades realizadas pela manhã nessa casa, mas mesmo com essas diferenças, não observei a diminuição disso que é chamado entre as próprias trabalhadoras e supervisora de *correria*.

⁵⁶ Como são chamadas as refeições de alguns dos moradores da Casa de Rodas.

Da mesma maneira, nos outros dois SRT, o período da manhã apareceu também como um período mais agitado, no qual as trabalhadoras exerciam mais de uma função ao mesmo tempo, sobrepondo tarefas de cuidado com a casa com aquelas de cuidado com os moradores.

Os períodos da tarde foram marcados pelo estabelecimento de outra relação com o tempo e o espaço por esses agentes, algo que se refletia no clima da casa. Isso permitiu a observação daquilo que Thirft e May (2003), chamaram de construção heterogênea da relação entre tempo e espaço, que em outras palavras, diz de uma interação constante entre essas duas categorias que leva à sua própria alimentação e regulação. É interessante notar que mesmo que haja pontos de semelhança nessa percepção dos turnos nas três casas, os motivos que levam as suas configurações não são, necessariamente semelhantes.

Os períodos da noite observados, por sua vez, trazem como marca, nas três casas, o recolhimento da maioria dos moradores aos seus quartos em um horário relativamente cedo, às vezes antes das 20h30min. As trabalhadoras do turno da noite foram unânimes em dizer que é um período tranquilo, no qual os moradores que não estão recolhidos permitem momentos de proximidade e intimidade, geralmente nos espaços das salas das Casas de Maré e de Dom Pedro. As observações realizadas durante finais de semana não trouxeram evidências de diferenciação das rotinas nesses dias, algo que parece ser reforçado pelo próprio regime de trabalho das cuidadoras, que estão na casa em dias intercalados, independente de serem dias úteis ou não.

Achei significativo relatar que supervisoras e estagiárias, quando observadas nas Casas de Maré e de Dom Pedro, ficaram a maior parte do seu tempo no escritório, protagonizando ancoragens nesses espaços, onde resolvem questões administrativas, burocráticas ou de articulação da rede de cuidados dos moradores. Na Casa de Rodas, como o espaço do escritório não é separado do restante da casa, encontrei com a supervisora com mais frequência⁵⁷. Quando circulando pelos outros espaços das casas, observei que as supervisoras estavam, nesse movimento, orientando o trabalho das cuidadoras, técnicas de enfermagem e estagiárias, recolhendo demandas de alguns moradores e trabalhadoras, observando os espaços da casa, sua limpeza, seus objetos.

Descritos esses pontos de semelhança, parto agora para a apresentação de alguns detalhes característicos de cada um dos SRT.

⁵⁷ É importante ressaltar que essa supervisora trabalha em uma carga horária que é o dobro das demais.

3.3. a: Particularidades dos três Serviços Residenciais Terapêuticos pesquisados: apresentação dos campos de pesquisa

SRT Casa de Maré

Essa residência terapêutica foi criada em 17/12/2013, um ano e três meses após a abertura do Hospital Transitório. No dia de sua abertura, foram transferidos quatro dos oitos usuários que formariam o quadro de moradores daquela residência. Os outros quatro moradores foram sendo transferidos gradativamente até o final de fevereiro de 2014, quando o último deles chegou. A casa se localizava em um bairro da regional Venda Nova, próxima ao Centro de Saúde Jardim Europa. É uma região de periferia de Belo Horizonte e bastante distante do centro da cidade. Embora esse SRT tenha um nome, em função de preservar seus moradores e trabalhadoras, o chamarei como Casa de Maré⁵⁸.

Quando eu comecei a pesquisa, o SRT havia mudado de bairro. A supervisora, que estava trabalhando na casa há aproximadamente um ano e meio, soube me contar pouco desse processo de mudança. Eu tinha ouvido sobre algumas situações de violência urbana que a casa, os moradores e trabalhadoras tinham sofrido⁵⁹ no antigo bairro e suspeitava que elas estavam relacionadas a essa mudança. Em entrevista perguntei à supervisora do porque, ao que ela respondeu:

Não sei. Parece que a casa lá também tinha dois pavimentos, tinha escada. Eu não sei se a mudança se deveu a essa situação do assalto ou também se foi uma conjunção de fatores, porque eu ouço que também as instalações da casa não eram tão apropriadas (sic) (entrevista supervisora).

Curiosamente, o imóvel para o qual o SRT se mudou também é uma construção com dois pavimentos, de maneira que a maior parte dos cômodos se localiza no pavimento térreo e a área de lavanderia, o quintal e o escritório se localizam, em uma espécie de subsolo, abaixo do nível da rua. A localização dessa casa, no entanto, se diferencia bastante daquela da casa anterior, uma vez que o bairro que a abriga atualmente é um bairro nobre da zona norte de Belo Horizonte. O estilo da construção

⁵⁸ Escolhi esse nome por observar que algumas práticas de mobilidade dos moradores se parecem com movimentos de cheia e vazante das marés.

⁵⁹ A casa foi assaltada duas vezes.

também é muito diferente, de maneira que a casa de agora é ampla, com cômodos grandes, arejados e com vista e acesso diretos para a rua. O imóvel anterior se parecia mais com uma construção improvisada, com cômodos menores e adaptados, passagens estreitas e para acessar a rua era preciso descer uma escada.

A localização atual da casa, no entanto, parece ter trazido novos desafios.

Aqui [no SRT] a gente tá um pouco longe do comércio, muito distante dos serviços de saúde que eles usam com muita frequência e eles não tem essa facilidade de locomoção. Então, geralmente eles fazem o uso do táxi⁶⁰. A gente já fez a experiência de usar o transporte público e em alguns momentos a gente teve dificuldade, porque você entra no ônibus e tá um pouco cheio e ninguém cede o lugar, na hora de subir no ônibus que é alto, para eles é um pouco difícil. [...] A rua aqui, é ótima, a vizinhança, eu considero adequada, é um bom lugar para ter uma residência, mas tendo em vista o perfil dos moradores, ela fica um pouco deslocalizada, por a gente estar longe do serviço de saúde e longe dessa área comercial. Então, a gente também tem essa pracinha aqui perto, que a gente vai à medida que eles demandam, mas é uma oferta um pouco limitada. Então, todo o deslocamento que a gente tem que fazer geralmente demanda o uso do táxi. E aqui tem uma variável que eu acho que é importante também que é o dinheiro: a maioria na verdade recebe o BPC, mas a família retém o benefício e passa, às vezes, duzentos reais a cada três meses. Então essa é uma realidade que tem um impacto muito grande aqui e, assim, claro que estamos falando aqui de mobilidade, mas [a falta do dinheiro] tem um impacto em tudo (sic) (entrevista supervisora).

Nas duas figuras que se seguem podemos observar tanto a localização da casa na rua, como alguns aspectos arquitetônicos do imóvel.

Figura 7: Localização SRT Casa de Maré no bairro



Fonte: *Google Earth*, 2018.

⁶⁰ Parte dos gastos com táxi é custeada pela secretaria de saúde

Figura 8: Fachada SRT casa de Maré



Fonte: *Google Earth*, 2018.

Semanalmente circulam pelos espaços da Casa de Maré dezenove pessoas, conforme o balão da figura mostra. Dentre essas dezenove, dez são trabalhadoras, sendo que quatro (supervisora, estagiárias e faxineira) estão presentes apenas em dias úteis⁶¹ e as cuidadoras se revezam em plantões de 12 horas. A supervisora da casa, Judite, ao falar sobre o quadro de trabalhadoras me alertou que durante a realização do campo o serviço estaria atravessando um momento de mudança na equipe de cuidadoras. Foi preciso, segundo ela, realizar algumas demissões e em consequência disso a equipe se encontrava desfalcada. Judite supôs que em decorrência disso, a mobilidade dos moradores estaria prejudicada, principalmente ao se referir à realização de passeios coletivos. Por outro lado, ela relatou ter conseguido expandir o quadro de funcionárias, aumentando o número de estagiárias de uma para duas e o de cuidadoras no turno do

⁶¹ Durante a realização do campo, em conversas com cuidadoras e moradores, a ausência dessas profissionais pareceu ser a única característica a marcar a diferença entre os dias úteis e os dias não úteis em duas das três SRT pesquisadas.

dia, também de uma para duas por plantão. Com isso ela esperava, depois de algum tempo, “aumentar a amplitude de mobilidade dos moradores” (sic) (entrevista supervisora), já que essa era uma das funções das estagiárias.

Em relação às características dos moradores dessa casa, temos a seguinte distribuição: são quatro mulheres e cinco homens⁶², variando sua idade entre 36 e 84 anos. À exceção do morador de 36 anos, Paulo, a idade é colocada, pela supervisora e estagiária como um ponto característico da casa, elas descrevem o perfil dos moradores como um perfil idoso. Dos nove moradores da casa, oito não saem do SRT sem acompanhante, por razões variadas, dentre as quais destaco: o curador não autoriza, apesar da equipe avaliar que o morador tem condições de fazê-lo; alguns não dão conta de se localizar no bairro, outros não demandam sair da casa, segundo a supervisora. O único que faz esse tipo de movimento é o morador mais novo do SRT, Paulo, sendo sua idade, inclusive, bastante destoante da dos demais.

Outro ponto em comum entre esses oito moradores que não saem sozinhos e que destoa de Paulo é o tempo de internação consecutivo, que varia entre 24 e 40 anos. Além disso, Paulo é o único que é natural de Belo Horizonte, sendo os demais nascidos em cidades interioranas do estado de Minas Gerais.

Abaixo faço uma breve descrição das mobilidades desses usuários durante a internação no Hospital Transitório, revelando em qual categoria cada um foi colocado. Também descreverei algumas características relativas às habilidades de comunicação de cada um, além de detalhar o tempo de internação na Clínica Serra Verde, a data de nascimento e a naturalidade desses moradores. Todos os moradores dessa casa apresentavam, durante a internação no Hospital Transitório, autonomia no que se refere às habilidades físicas para locomoção, deambulando de maneira independente e sem necessidade de suporte externo. Em função de não ter obtido a permissão dos curadores de Zuzu e Maria⁶³ para que participassem da pesquisa, suas informações não estarão detalhadas aqui.

Luizinho é um morador que foi descrito pelos trabalhadores do Hospital Transitório como alguém que

⁶² Um dos homens, Paulo, veio de outro hospital psiquiátrico e, portanto, não foi incluído na amostra da pesquisa.

⁶³ Um dos curadores justificou que não ganharia nada com a realização da pesquisa e a outra teve grande dificuldade de compreensão do que se tratava, revelando receio de autorizar a participação de sua familiar.

participava sem resistência das rotinas do hospital, mas tinha dificuldade de acessar a rua. Explorava o espaço do hospital para encontrar “esconderijos”, costumava ficar sempre nesses mesmos lugares, de pé ou sentado, olhando para o chão. Não costumava responder quando chamado, apenas para realizar as atividades de rotina (quadro da mobilidade dos usuários do Hospital Transitório).

Em função dessa descrição ele foi colocado como integrante do *Grupo de dentro, circuitos particulares, esconderijos*. Natural de Vargem Alegre, MG, e nascido em 06/07/1967 Luizinho passou 30, dos seus 51 anos de vida internados na Clínica Serra Verde. O usuário se comunicava raramente por sons e algumas palavras, tendo por isso sua habilidade de comunicação sido considerada baixa.

Ivo nasceu no dia 20/03/1947, no interior de Minas Gerais, na cidade de Poté. Passou 32 anos internado na Clínica Serra Verde, de onde saiu com baixa habilidade de comunicação, pois raramente emitia alguns sons, não se comunicando verbalmente. Ao falarmos sobre a mobilidade de Ivo durante a internação no Hospital Transitório, dissemos que ele

saía (do Hospital Transitório) a partir dos convites da equipe. Era muito engendrado nas rotinas do hospital, não demandava sair. Se movimentava majoritariamente para realizar as atividades cotidianas propostas pela instituição, não oferecendo resistência para realização de tais rotinas (quadro da mobilidade dos usuários do Hospital Transitório).

Diante dessa descrição ele foi colocado como integrante do *Grupo de dentro, circuito institucional*.

Drica passou 34 anos de sua vida internada na CSV, natural de Pitangui, Minas Gerais, ela nasceu no em 03/04/1934. Descrevemos sua mobilidade da seguinte forma, Drica

só ficava no quarto, tinha resistência em sair, parecia ter um pouco de medo da rua e do ambiente fora do seu quarto. Só se deslocava quando era necessário, muitas vezes se negava a almoçar nos horários programados e não aceitava tomar banho no momento em que todas as mulheres estavam fazendo fila para isso (quadro da mobilidade dos usuários do Hospital Transitório).

Apesar de conseguir se comunicar pela fala, a usuária tinha uma importante pobreza linguística, tendo por isso sua habilidade de comunicação classificada como média. Diante do exposto acima ela foi colocada como integrante do *Grupo de dentro, circuitos particulares, esconderijos*.

Durante o período que passou no Hospital Transitório, Sabiá

saia sozinho, comprava seus cigarros e os guardava consigo. Era um usuário discreto dentro do hospital, falava baixo e pouco se fazia notar. Seguia as rotinas hospitalares sem resistência, mas pedia constantemente para ir embora dali (quadro da mobilidade dos usuários do Hospital Transitório).

Natural de Ganhães, Minas Gerais e nascido em 26/11/1952, Sabiá conseguiu conservar algumas habilidades comunicativas, mesmo depois de ter passado 35 anos internado. No entanto apesar de conseguir se comunicar pela fala, falava baixo e embolado, o que exigia do seu interlocutor um grande esforço para compreendê-lo. Em decorrência disso, sua habilidade de comunicação foi considerada média. Sabiá é um integrante do *Grupo de fora, projeto de alta*.

Carola ficava muito em seu quarto, parecia ter medo da rua. Passava horas olhando pela janela, como se estivesse à espera de alguém. Às vezes descia para o pátio. Em alguns momentos se recusava a seguir as rotinas hospitalares, mas na maioria das vezes os realizava sem resistência. Aceitava alguns convites da equipe de desinstitucionalização para ir tomar café na padaria, raramente fazia essa demanda (quadro da mobilidade dos usuários do Hospital Transitório).

Assim como Drica, Carola foi considerada como alguém com habilidade média de comunicação, conseguia se comunicar pela fala, mas apresentava pobreza linguística. Muitas vezes Carola se recusava a falar, mantendo-se em silêncio diante do seu interlocutor ou saindo de cena. Natural de Caratinga, interior de Minas, e nascida em 09/10/1945, passou 27 anos internada na CSV. Diante do exposto acima, sua mobilidade foi caracterizada como integrante do *Grupo de dentro, circuitos particulares, esconderijos*.

A última moradora dessa casa a ser descrita é Bárbara. Após 24 anos internada na CSV, a moradora que é natural de Rubim, MG, teve a sua mobilidade descrita da seguinte forma,

Bárbara ficava muito na janela, vendo a rua. Saía para fazer unha, lancha e cuidar dos cabelos. Às vezes demonstrava grande tristeza por estar internada no hospital, nesses momentos gritava e abordava as pessoas pedindo para ir embora dali. Circulava bem dentro do hospital também (quadro da mobilidade dos usuários do Hospital Transitório).

Nascida em 29/01/1969 a moradora apresentava habilidade média de comunicação: tinha dificuldade de compreensão e pobreza linguística, mas também conseguia, em alguma medida, se comunicar pela fala. Bárbara integra o *Grupo de fora, projeto de alta*.

De maneira geral temos uma casa formada por usuários com características marcantes em relação à idade avançada, ao tempo de internação e que descreviam

circuitos, na sua maioria, internos ao espaço do Hospital Transitório. É interessante ressaltar o hábito de algumas das mulheres de olhar pela janela do hospital, bem como a descrição que atribui ao medo, a justificativa pelo fato delas saírem pouco de seus quartos. Havia, dentre a Equipe de Desinstitucionalização uma grande expectativa de que, no ambiente de uma casa, esses circuitos extrapolassem os limites da construção do imóvel e ganhasse espaços da cidade.

SRT Casa de Dom Pedro

Essa Residência foi inaugurada no dia 16/06/2015, tendo três dos seus cinco moradores sido transferidos nesse mesmo dia. Os outros dois, chegaram à casa 13 dias depois. Esse SRT se localiza na regional do Barreiro, sendo o primeiro Serviço Residencial Terapêutico dessa regional. Assim como explicado anteriormente, usarei um nome fictício para esse serviço, chamando-o de Casa de Dom Pedro⁶⁴.

Essa casa se diferencia da primeira nos seguintes pontos: está localizada próxima ao comércio local e à Unidade Básica de Saúde a qual os moradores são vinculados de maneira que é possível acessar tanto um quanto outro, a pé. Além disso, a forma de separação entre o terreno do imóvel do SRT e a rua é um muro, que impede o contato visual entre quem está do lado de dentro e quem está do lado de fora. Essas características podem ser observadas nas figuras que se seguem.

⁶⁴ Ao me apresentar a casa, Raquel, uma das moradoras, me explicou que aquele imóvel era o palácio de Dom Pedro. Por causa dessa explicação, escolhi chamar esse SRT de Casa de Dom Pedro.

Figura 9: Localização SRT Casa de Dom Pedro no bairro



Fonte: *Google Earth*, 2018. Legenda: 1 – Sacolão; 2 – Sorveteria; 3 – Supermercado; 4 - Restaurante

Figura 10: Fachada do SRT Casa de Dom Pedro



Fonte: *Google Earth*, 2018.

Na figura 10 podemos observar também a presença de cerca elétrica, fazendo os contornos do imóvel. A supervisora explicou, no entanto, que o dispositivo fica

desligado, sobretudo pelo fato de um dos moradores pular o muro da casa para acessar a rua. Ainda sobre os aspectos arquitetônicos da casa, assim como a Casa de Maré, ela é uma construção de dois pavimentos, de maneira que o cômodo que abriga o escritório e a despensa, além de um dos banheiros e a lavanderia, ficam em uma espécie de subsolo, abaixo do nível da rua. É nesse mesmo pavimento que se localiza o quintal, com árvores frutíferas e churrasqueira. No pavimento do nível da rua estão os quartos, sala, banheiro, copa, cozinha e área, além da varanda. Há, na lateral esquerda de quem está olhando para a fachada da casa, uma rampa que serviria de garagem. Aqui, como na Casa de Maré, a garagem não é usada para guardar carros, pois os moradores não possuem veículo, as cuidadoras e estagiárias se locomovem de transporte público e as supervisoras, quando possuem automóvel, o estacionam na rua.

A equipe que trabalha nessa casa é composta por 10 mulheres, distribuídas nas funções descritas no canto direito da figura 10. Assim como na casa anterior, faxineira, estagiárias e supervisoras não costumam frequentar o serviço aos finais de semana. Aqui, no entanto, outros balizadores auxiliam na marcação do tempo e nessa diferenciação entre dias úteis e não úteis, tais como a presença da professora particular, às quintas-feiras e do acompanhante terapêutico às quartas. Esses profissionais foram contratados por dois moradores, Nelson e Pai Ioiô, respectivamente, através da intermediação da supervisora. Eles são pagos com recursos dos benefícios desses moradores.

Ainda dentro do hospital, os seis moradores desse SRT se revelaram como usuários emblemáticos dos tipos de mobilidades nas quais foram categorizados. Outro ponto que é interessante ressaltar em relação à configuração dessa casa é a presença de dois moradores que estabeleciam uma relação com o mundo exterior ao Hospital Transitório desde o início de sua existência (Neginho e Nelson). Os outros quatro, por sua vez, responderam às intervenções da Equipe de Desinstitucionalização de tal maneira, que ainda dentro do hospital puderam ser notadas mudanças significativas nos movimentos que descreviam.

Variando entre 47 e 58 anos, temos nessa casa moradores mais jovens, mas com bastante tempo consecutivo de internação. No entanto, em comparação com os moradores das Casas de Maré e de Rodas, de modo geral, os que aqui residem têm menor tempo de internação na Clínica Serra Verde, variando entre 4 e 36 anos. Assim como relatado na Casa de Maré, nenhum deles é natural de Belo Horizonte e todos são independentes para deambulação, se locomovendo sem auxílio externo.

Cinco, dos seis moradores, recebem benefício ou o repasse do benefício pelo curador⁶⁵, de maneira que nessa casa, o acesso ao dinheiro é maior do que na casa anterior. Isso parece se refletir diretamente na mobilidade dos moradores pela cidade e nas possibilidades de intervenção tanto nos espaços da casa, como naqueles dos seus próprios corpos. Dessa maneira, algumas das atividades realizadas pelos moradores dessa casa são: saídas para compra de objetos pessoais e móvel para o quarto; saídas para comer fora da casa: lanche ou almoço; idas à podóloga, ao salão de belezas, à barbearia; viagens para a praia, para Vespasiano e para a cidade natal, etc. Nas incursões pela cidade, dois, dos seis moradores, têm permissão para sair do serviço sozinhos⁶⁶, embora não tivessem as chaves da casa quando a pesquisa foi feita.

Vale ressaltar que não apenas o acesso ao dinheiro aparece como um facilitador da mobilidade, como a própria condição física dos moradores, outro aspecto de diferença em relação à Casa de Maré. Se lá há um perfil de idade mais senil, como descrito pelas trabalhadoras, aqui, a média de idade é de 52 anos. Descreverei abaixo algumas características de cada um deles.

Tião nasceu em Doresópolis, Minas Gerais, em 07/04/1970. Após 22 anos internado, o morador teve a sua mobilidade descrita da seguinte forma:

Tião explorava muitos espaços de dentro do hospital, fuçava os armários, procurando roupas com as quais pudesse trabalhar. Ele tinha o hábito de cortar as mangas das blusas, transformando-as em coletes. Nessa busca por materiais para trabalhar, conseguia se esgueirar para dentro de espaços restritos, como a rouparia. Uma vez com as peças em mãos, sentava-se no pátio e iniciava o processo de corte e remodelação da peça. Tinha dificuldades de vestir roupas, sobretudo peças que cobrissem os membros inferiores. Saia algumas vezes, mais para o final da existência do Sofia (quadro da mobilidade dos usuários do Hospital Transitório).

Além dessa forma bastante particular de se movimentar pelo hospital, o morador também se comunicava de maneira peculiar, usando gestos e sons próprios, tendo, por isso, sua habilidade de comunicação sendo classificada como média. Diante disso, Tião foi colocado como um integrante do *Grupo de dentro, projetos para conseguir roupas, circuitos particulares*.

Neguinho é o usuário, dentre os pesquisados, que teve por menos tempo internado na CSV. Ele foi realocado nesse hospital no momento do fechamento da clínica Nossa Senhora de Lourdes, conforme Miriam Abou-yd explicou, e aguardou por

⁶⁵ O valor desse repasse, segundo a supervisora da casa, varia de morador para morador, bem como a frequência.

⁶⁶ Isso será melhor discutido mais adiante.

quatro anos até que pudesse ser transferido para o Hospital Transitório. Nascido em 06/12/1971, em Contagem, MG, Neguinho apresenta como sequela de meningite, surdes desde os três anos. Apesar dessa limitação, no entanto, o morador se comunica por gestos e sons, o que lhe confere uma classificação, em relação à habilidade de comunicação, como média. A sua mobilidade está assim descrita no quadro

se movimentava dentro e fora do hospital com independência. Passava seu tempo na instituição desenhando no chão de concreto. Desde que chegou ao Hospital Transitório tinha o hábito de pular um dos muros do pátio para acessar o estacionamento e pegar pedaços de tijolo e concreto, instrumentos que usava para desenhar. Depois da primeira vez que foi levado à padaria por sua referencia técnica, passou a pular o muro do pátio para o estacionamento e do estacionamento para a rua para acessar os espaços da vizinhança em busca de um lanche diferente. Foi construindo, por conta própria, relações com moradores e trabalhadores do bairro, alguns o acolhiam e ajudavam, outros o despachavam de volta para o hospital. Ele sempre retornava, entrando pela porta da frente do dispositivo, confirmando que sua saída era um passeio e não uma fuga (quadro da mobilidade dos usuários do Hospital Transitório).

Neguinho é um integrante do *Grupo de fora, projetos na cidade*.

Raquel é uma usuária que

explorava espaços internos e externos do hospital. Ela era uma das únicas que tinha muitos pertences. Raquel tinha um guarda-roupas repleto de objetos pessoais. Mantinha uma assiduidade no salão de belezas, frequentava diariamente a padaria e muitas vezes se recusava a tomar o café dentro do hospital por preferir aquele da padaria. Criou muitos laços no comércio vizinho, sobretudo no açougue. Era muito querida no bairro. Quando não conseguia alguém para lhe levar na rua, ficava do portão gradeado do hospital gritando para as trabalhadoras da padaria, pedindo que lhe levassem um cigarro, em muitas das vezes alcançava seu objetivo (quadro da mobilidade dos usuários do Hospital Transitório).

Em função dessa descrição ela foi colocada como pertencente ao *Grupo de fora, projetos na cidade*. Nascida em Caeté, MG, em 04/03/1963, Raquel passou 23 anos internada na CSV. Como percebido pela descrição acima, ela apresenta alta habilidade comunicativa, não só articulando frases, como convocando o seu interlocutor a respondê-la.

Nelson também é um morador com alta habilidade comunicativa, tal qual Raquel. Nascido em 19/10/1960, ele é natural de Outro Preto, MG e passou 20 anos internado na CSV.

Desde que chegou ao Hospital de Transição, esse usuário abordava todos os trabalhadores em busca de sua alta, parecia que já trazia esse desejo consigo, diferentemente da maioria dos usuários do hospital, ou que a transição da Clínica Serra Verde para aquele novo espaço tinha suscitado esse desejo. Nos espaços fora do hospital, pelos quais circulava cotidianamente, também

tratava desse tema com as pessoas que se aproximavam. Muito crítico em relação a sua própria institucionalização, questionava a organização hospitalar o tempo todo. Fazia planos para um futuro fora do hospital e para tanto, retomou os estudos, com o auxílio da equipe de desinstitucionalização e de profissionais do Sofia quando ainda estava internado no Hospital Transitório. Queria muito voltar para a casa da sua família em Ouro Preto (quadro da mobilidade dos usuários do Hospital Transitório).

Embora circulasse bastante pelos espaços externos do hospital e tivesse os estudos como um grande projeto que realizava nos espaços da cidade, a presença maciça dos pedidos de retorno para a casa de sua família o colocaram no *Grupo de fora, projeto de alta*.

Lila nasceu em 11/06/1961, em São Paulo, capital. Passou 36 anos internada na CSV de onde saiu com habilidade comunicativa média: apesar de conseguir se comunicar pela fala, apresentava pobreza de vocabulário e de articulação de palavras.

Pouco tempo depois de sua chegada ao hospital, Lila estava sempre nos mesmos lugares e vestindo pijamas. Um dos primeiros movimentos que fez foi aquele de trocar a camisola por um vestido e a partir disso poder acessar a rua. A partir dos primeiros convites, começou a se articular para sair, ir ao restaurante, comer prestígio. A rua foi essencial para que ela começasse a se movimentar também dentro do hospital (quadro da mobilidade dos usuários do Hospital Transitório).

Diante dos movimentos descritos, a usuária foi colocada como integrante do *Grupo de fora, projetos na cidade*.

Nascido em 09/11/1966, em São Sebastião do Maranhão, MG, Pai Ioiô é o último morador dessa casa a ser descrito. No Hospital Transitório ele

estava sempre escondido em algum cantinho, costumava ficar embaixo da rampa que tinha no pátio ou próximo ao portão de entrada. Era um dos usuários que gastava boa parte do seu dia observando o movimento da rua pelas grades desse portão. Alternava esses momentos de quietude com outros de “ronda” pelo hospital. Nessa “ronda” parecia sair em busca de alguns objetos, como lápis ou outras miudezas que encontrava pelo caminho. Às vezes os jogava do outro lado do muro e retornava para seus locais de esconderijo. Era bastante arredo à aproximação de outras pessoas e talvez por isso tenha demorado muito tempo para acessar a rua. Começou a pedir para passear próximo ao momento de sua alta do hospital (quadro da mobilidade dos usuários do Hospital Transitório).

Ele foi colocado como integrante do *Grupo de dentro, circuitos particulares, esconderijos*. Pai Ioiô passou 21 anos internado na CSV e ao sair apresentava importante pobreza linguística, embora conseguisse se comunicar pela fala. Em decorrência disso, sua habilidade de comunicação foi considerada média.

Mais da metade dos moradores desse SRT tinham, conforme descrito acima, ainda dentro do Hospital Transitório, projetos fora dele, de maneira que se articulavam

de formas diversas para executá-los. Em comparação com os moradores da Casa de Maré temos aqui um perfil mais novo e com menos anos de internação consecutiva. Também parece ser relevante a forma com a qual alguns dos moradores dessa casa responderam às intervenções da Equipe de Desinstitucionalização, de maneira a produzir impacto na sua mobilidade, dentro e fora, ainda durante a internação no hospital. Assim, as diferenças entre o perfil dos moradores dessas duas casas as colocam enquanto interessantes cenários para realização dessa pesquisa.

SRTCasa de Rodas

Esse SRT foi um dos últimos a ser inaugurado, em dezembro de 2015 e no momento da realização dessa pesquisa, um dos moradores que compunham a configuração original da casa já havia falecido, de maneira que passei a contar com quatro sujeitos de pesquisa aqui. A casa se localiza em um antigo bairro de Belo Horizonte, próximo a uma praçinha e a um comércio diverso. Há movimento de automóveis, ônibus e pedestres com alguma constância e, assim como nos outros dois SRT, o tipo de construções que predomina no bairro, são construções baixas. Na rua dessa casa, percebi a presença constante de alguns moradores do bairro, sentados à sua porta ou à porta do comércio, observando o movimento ou conversando com quem passava.

Figura 11: Localização SRT Casa de Rodas no bairro



Fonte: *Google Earth*, 2018.

A figura acima mostra a localização do SRT que será aqui chamado de Casa de Rodas⁶⁷. Nela podemos verificar a distância entre o SRT e o comércio vizinho, bem como os tipos de construções do bairro.

A forma de separação entre os espaços do SRT e da rua se coloca em um meio termo entre aquelas observadas nas outras duas casas: aqui, metade da divisória é um muro e a outra metade, grade, permitindo que de dentro da casa seja visto algo da paisagem externa, assim como de fora seja possível observar algo de dentro, como mostrado na figura abaixo. Podemos dizer que, assim como o imóvel da Casa de Maré e do Hospital Transitório, aqui há permeabilidade entre os espaços de dentro e de fora.

⁶⁷ O nome foi escolhido, pois todos os moradores desse SRT que são participantes da pesquisa usam cadeira de rodas para se locomover, de maneira que essa é a forma predominante de locomoção nessa casa.

Figura 12: Fachada do SRT Casa de Rodas



Fonte: *Acervo da pesquisadora*, 2018.

Diferentemente dos outros dois SRT, aqui observei a garagem ser usada com frequência durante o campo. A supervisora, quando em trabalho, guardava seu carro dentro da casa. Ela demonstrou ter medo de algum tipo de violência urbana com o seu automóvel. A garagem da casa é grande e possibilitava à trabalhadora usá-la sem trazer prejuízos para a vista da rua que os moradores tinham quando ficavam na varanda. Outra diferença é relativa ao estilo arquitetônico dessa casa, que é irregular, parecendo improvisado. Os cômodos não têm armários embutidos, como têm em alguns cômodos das outras duas casas. O acabamento do piso é também mais precário que o das outras.

Aqui temos uma peculiaridade não encontrada nas outras duas casas, relativa aos moradores: eles apresentam comprometimentos significativos de sua saúde clínica que refletem na sua mobilidade. Em decorrência disso, os quatro moradores participantes da pesquisa utilizam cadeira de rodas para locomoção, necessitando ainda de auxílio externo tanto para se transferirem da cama para a cadeira, como para empurrá-la até onde desejam chegar. Para viabilizar a alta de cada um deles, foram necessárias muitas conversas entre a Equipe de Desinstitucionalização e a Equipe Clínica do Hospital

Transitório no intuito de elencar os recursos que essa casa deveria ter para oferecer o cuidado necessário para essas pessoas. Assim, por essa especificidade, essa casa é classificada como tipo II e conta com a presença de técnicos de enfermagem no corpo de trabalhadores, bem como com alguns recursos comuns ao ambiente hospitalar: camas especiais, bala de oxigênio, instrumentário para alimentação por sonda, conforme orientação médica e da portaria 106, de 2000.

Ao todo são dezenove pessoas que circulam pelos espaços desse SRT semanalmente seguindo distribuição semelhante aos outros dois SRT: cuidadoras e técnicas de enfermagem se revezam em plantões em regime de 12x36, supervisora, estagiária e faxineira não frequentam a casa durante o final de semana. A diferença aqui é que os plantões diurnos contam com duas cuidadoras e uma técnica de enfermagem, ao passo que nos plantões noturnos há uma trabalhadora de cada uma dessas categorias. Esse é o SRT que possui o maior número de trabalhadoras por morador, e aquele cuja carga horária de trabalho da supervisora é o dobro daquela das demais supervisoras participantes da pesquisa.

Apesar das dificuldades de locomoção, todos os moradores da casa costumam ir à pracinha, com alguma constância, segundo relato das trabalhadoras da casa. A pracinha apareceu com frequência no discurso delas como um lugar de mobilidade dos moradores participantes da pesquisa. Fora esses passeios na pracinha, os moradores também parecem sair da casa por motivos de saúde, para ir a uma consulta médica, fazer exames, cirurgias. Em função do uso de cadeira de rodas, a locomoção para esse tipo de compromisso é feita através de táxis⁶⁸. Pela proximidade com a pracinha, esse recurso não é necessário para os passeios que acontecem ali, embora o mau estado de conservação das calçadas dificulte bastante esses deslocamentos (caderno de campo).

Quando iniciei o campo dessa pesquisa, essa SRT já não tinha a mesma configuração do momento de sua abertura. Assim como a Casa de Maré, essa não era mais constituída apenas por moradores que estiveram no Hospital Transitório, mas contava com a presença de dois outros usuários vindos de outros hospitais, totalizando seis moradores. A média de idade é 58 anos e o tempo de internação varia entre 22 e 35 anos.

Em decorrência das condições de saúde e de mobilidade, nenhum dos moradores que participaram da pesquisa conseguia, durante sua realização, se locomover sem

⁶⁸ Custeado em parte pela secretária de saúde e em parte pelos moradores, com o seu benefício.

auxílio da cadeira de rodas ou de alguém que a conduzisse. A arquitetura da casa apresentou alguns obstáculos a esse tipo de locomoção, como será discutido mais a frente.

Em relação à naturalidade dos moradores, diferentemente dos outros dois SRT, 50% daqueles que residem na Casa de Rodas são naturais de Belo Horizonte, tendo os demais nascidos em cidades do interior de Minas Gerais. Assim como nas outras casas, descrevo abaixo algumas peculiaridades de cada um dos moradores.

Flávia é uma usuária acamada que, durante a estadia no hospital, saía algumas vezes para ir à pracinha, a partir de convites e incentivos da equipe. Alguns trabalhadores perceberam que ela gostava de olhar pela janela e sentir o vento no rosto. Não fazia demandas, mas queixava-se através do choro, quando algo lhe incomodava (quadro da mobilidade dos usuários do Hospital Transitório).

Nascida em 11/06/1961, em Belo Horizonte, MG, ela passou 35 anos internada na CSV, de onde saiu com habilidade baixa para comunicação: realizava gestos muito sutis para se comunicar ou recorria ao choro. Em função dessas características é uma integrante do *Grupo de dentro, circuito institucional*.

Bela tinha um comportamento parecido com aquele de Flávia. As duas dormiam em leitos que ficavam próximos no Hospital Transitório e alguns funcionários tinham dificuldade de distingui-las. A usuária nasceu em 01/08/1968, em Varzelândia, MG e passou 23 anos internada na CSV, a sua mobilidade foi descrita da seguinte forma:

acamada, cadeirante, saía quando a equipe demandava ou convidava. Gostava que penteassem seus cabelos ou lhe trouxessem uma comida diferente, mas não fazia demanda dessas coisas. Assim como outros pacientes que tinham importantes acometimentos clínicos, parecia estar à mercê das rotinas hospitalares, embora manifestasse descontentamento com algumas dessas atividades, como o banho, através do choro (quadro da mobilidade dos usuários do Hospital Transitório).

Em relação à habilidade de comunicação, assim com Flávia ela apresentava baixa habilidade, se comunicando de maneira sutil, por alguns gestos e recorrendo ao choro, quando necessário. Foi colocada como integrante do *Grupo de dentro, circuito institucional*.

Felipe alternava sua rotina entre o leito e a cadeira de rodas, mas, diferente da maioria dos cadeirantes, participava ativamente dessa movimentação: apesar da sua dificuldade de fala, abordava os trabalhadores pedindo que o movessem de um lugar para outro e que o levassem à rua. Quando algum procedimento clínico o impedia de sair do leito, articulava para que as pessoas lhe trouxessem, no próprio leito, refrigerante, sorvete e outras comidas (quadro da mobilidade dos usuários do Hospital Transitório).

Natural de Belo Horizonte, nasceu em 06/09/1974, tendo passado 19 anos internado na CSV. Em relação à habilidade de comunicação, ela foi classificada como média, pois, apesar de conseguir se comunicar pela fala, tinha dificuldade para pronunciar as palavras, devido aos comprometimentos neurológicos. Também apresentava pobreza de vocabulário e de articulação de palavras. Em função da articulação que fazia para que objetos lhe fossem trazidos da rua, ele foi colocado no *Grupo de fora, projetos na cidade*.

Tereza é a última usuária dessa casa a ser descrita. Belorizontina e bem mais velha do que os outros, a usuária que nasceu em 06/12/1932, e passou 32 anos internada teve sua mobilidade descrita da seguinte forma:

Tereza não falava, mas através de murmuros pedia para ir à rua ou para se movimentar dentro do hospital. Gostava muito de comer pastéis e a partir do primeiro dia que foi levada à rua, passou a demandar, à seu modo, que essas saídas fossem constantes. Era muito vaidosa e conseguia mobilizar alguns trabalhadores da equipe para que lhe trouxessem, da rouparia, adornos e acessórios, como colares, pulseiras e anéis (quadro da mobilidade dos usuários do Hospital Transitório).

Embora sua habilidade de comunicação tenha sido considerada baixa, ela foi colocada no *Grupo de fora, projetos na cidade*, em função dos movimentos descritos acima.

Diante das características dos moradores descritas acima, essa casa se coloca como um cenário interessante para observarmos se há invenção de estratégias para permitir a mobilidade, contornando as dificuldades que estão colocadas pela condição de saúde de seus moradores, bem como pela própria estrutura da casa. Interessante observar que no relato dos movimentos desses moradores no Hospital Transitório, apesar dessas condições descritas, dois, dos quatro foram colocados no grupo de fora, tendo começado, ainda durante a internação, a construir projetos na cidade. Outro ponto que parece ser significativo para o movimento desses moradores é a sua capacidade de comunicação, bem como a disponibilidade e habilidade do seu interlocutor para decifrar os sentidos das formas comunicativas usadas.

Até esse momento pudemos acompanhar um grande movimento de transformação do Modelo de Cuidados em Saúde Mental, protagonizado por usuários e trabalhadores da área. Os sujeitos dessa pesquisa viveram, no período desses seis últimos anos significativa mudança tanto no que diz respeito à escala dos espaços pelos quais podem circular, como à escala das pessoas com as quais convivem cotidianamente. Já tendo investigado sobre as mobilidades no Hospital Transitório, me

interessa agora verificar alguns dos efeitos dessa mudança de escala, me debruçando sobre as práticas de mobilidade desses usuários nos espaços dos Serviços Residenciais Terapêuticos.

3.4 : Práticas de mobilidade nos Serviços Residenciais Terapêuticos

Tendo em vista que ao entrar em cada uma das casas considerei que estava entrando em micromundos, constituídos por relações peculiares, organizei a escrita dessa seção de maneira que as relações entre moradores, trabalhadoras, objetos, espaço e tempo fossem o fio condutor das discussões que pretendo lançar. Assim, essa será a lente usada para observar de perto o cotidiano nas três casas, mostrando os detalhes das práticas de mobilidade dos moradores. A despeito de ser o fio condutor de todo o trabalho analítico, começarei apresentando essa lente ao leitor.

Em seguida problematizarei brevemente a questão da *construção dos territórios* (RAFFESTIN, 1993) dentro dos SRT para em um segundo momento trazer para análise os cômodos das casas, buscando discutir as práticas de mobilidade que são desenvolvidas em cada um deles em diálogo com aquelas observadas no Hospital Transitório. No intuito de prevenir o leitor sobre os caminhos da escrita, adianto que, embora tenha feito essa divisão, optando por apresentar os cômodos em uma sequência que vai de fora para dentro, as práticas de mobilidade dos moradores produzem alinhavos diversos entre os espaços de suas próprias casas. Com isso quero dizer que ao chegarmos à descrição de determinado cômodo, podemos encontrar situações que, sendo disparadas ali, foram alcançar outros cômodos e às vezes também outros agentes. Nessas ocasiões não me privei de dar sequência ao enredo, dando liberdade para as palavras que descreveram até onde o movimento desses sujeitos me levou. Uma vez finalizado tal percurso, retornei a escrita para o cômodo onde o movimento se originou.

3.4. a: Construção do espaço-tempo

Heidegger (1951) ensina que a medida do habitar de um espaço está diretamente relacionada à construção desse mesmo espaço. Construir e habitar, ora tomados em uma relação meio fim, se revelam, na verdade, como ações simultâneas, o construir, em si mesmo, já é o habitar (HEIDEGGER, 1951). Se por um lado essa construção se revela através do trabalho imaginativo da casa (BACHELARD, 2008), por outro, também

pode ser observada nas ações concretas *de montagem dos espaços* (HEIDEGGER, 1951) de uma casa física. A pesquisa de Franco, 2012, mostra como esse processo de construção imaginativa/simbólica de uma casa foi realizado com internos de um Hospital Psiquiátrico da cidade de Belo Horizonte às vésperas de sua alta, ressaltando a sua importância:

Para os outros moradores, o ato de se ocupar com a construção de um novo espaço de moradia trouxe tranquilidade e menos angústia com a mudança. (...)Daqueles pacientes que acompanhamos no processo de desinstitucionalização, apenas Léa sofreu mais com a mudança de moradia. Pode-se concluir que as pessoas que participaram mais ativamente do trabalho de transição (passeios, reuniões, visitas aos SRT) tiveram menos desestabilização do quadro psíquico” (FRANCO, 2012, p. 134).

Por outro lado, a pesquisa de Franco, 2012, explora pouco o problema cotidiano dessa *construção* dos espaços físicos na casa, no caso, no SRT, atendo-se às descrições das maneiras como os sujeitos acompanhados *habitam* esses espaços. Durante o campo que realizei para coletar os dados para essa pesquisa, esses pontos (da construção dos espaços físicos) me intrigaram bastante, sobretudo, tomados em relação um ao outro. Os motivos para tal interesse, talvez sejam, em primeiro lugar, o fato óbvio: acompanhar pessoas de volta ao ambiente de uma casa após tantos anos morando em um hospital, mas também pelos questionamentos que fazia à mim mesma sobre o que é a construção de uma casa para sujeitos loucos ou como se constituem os espaços de uma casa habitada por sujeitos loucos. Ademais, a pesquisa de campo, bem como a minha própria prática na rede de saúde mental de BH, trouxe questionamentos sobre a construção coletiva de espaços privados, problema vigente nos SRT, onde cuidadoras, estagiárias, supervisoras e moradores atuam na *montagem* dos espaços da casa.

Na tentativa de observar melhor como se dá essa montagem nos SRT e considerando que a forma como os espaços estão dispostos e que as possibilidades de intervenção nessa disposição influenciam, ao mesmo tempo em que constituem as formas de habitá-los, construí duas categorias de análise, qual sejam “Gestão espaço- tempo moradores” e “Gestão espaço-tempo trabalhadoras”. Optei pelo uso do termo gestão uma vez que estou compreendendo que moradores e trabalhadoras são agentes desse processo de construção e como tais precisam realizar certa administração tanto do espaço como do tempo.

Com essas categorias, pretendo lançar luz sobre o problema da construção dos espaços e dos tempos, entendendo os dois elementos à luz de Thrift e May(2003) como inseparáveis, conforme discutido anteriormente. Essas duas categorias serão guias

introdutórias para a compreensão de algumas formas com as quais atores, espaços e tempo interagem. Considero importante realizar a discussão dessas categorias em separado das demais, embora as conceba de maneira relacional, pois, avalio que tanto para o campo da saúde mental, como para o campo da sociologia, o problema da construção⁶⁹ dos espaços seja um ponto de partida fundamental.

Dialogando com o que Thrift e May (2003) trabalham em seu texto, a percepção do tempo é construída a partir de quatro domínios, dentre os quais destaco um, aquele da disciplina social, que é descrita como uma relação entre o corpo e o espaço que pode promover ou estimular condutas. A partir disso, temos que o resultado da relação entre os moradores e trabalhadores dos SRT com seus espaços, terá consequência direta na percepção de ambos em relação ao tempo. Assim, estimular ou restringir condutas de qualquer um dos grupos de atores terá, por conseguinte, efeitos na percepção do tempo, que por sua vez, refletirão novamente na construção do espaço.

Compreendendo que os agentes que circulam pelos SRT se dividem, grosso modo, em duas categorias, moradores e trabalhadoras, procurarei evidenciar essa separação também nas formas de construção dos espaços das casas. Para isso apresentarei os dados dessa categoria da seguinte forma, descreverei as sub-categorias “Gestão do espaço-tempo trabalhadoras” e “Gestão espaço-tempo moradores” abaixo, em seguida, mostrarei como elas acontecem em cada um dos SRT, chamando atenção também para o problema da escala que gravita em torno dessa questão. Assim estou sugerindo aqui trabalharmos tanto com os espaços da casa como com os espaços dos corpos.

A sub-categoria “Gestão espaço-tempo trabalhadoras” foi construída tendo como referencia situações nas quais as trabalhadoras promoviam qualquer tipo de intervenção nos espaços dos corpos dos moradores, da casa e conseqüentemente no tempo, com a intenção de facilitar ou propiciar que a rotina de trabalho acontecesse. Aqui também estão incluídas situações nas quais as trabalhadoras atuavam de maneira a estimular ou restringir formas de usos dos espaços da casa pelos moradores; e estratégias de gestão do espaço para facilitar o manejo com os usuários, como por exemplo: levar alguns moradores para almoçar em horários alternados para evitar que entrassem em conflito.

A sub-categoria irmã “Gestão espaço-tempo moradores” se refere a intervenções realizadas nos espaços, da casa e dos corpos, pelos moradores, que conseqüentemente

⁶⁹ Compreendido aqui a partir da perspectiva de Heidegger, 1951: construir em si mesmo, já é habitar e portanto, ato que pressupõe tanto a ação do sujeito/indivíduo, como a sua própria presença.

afetavam e eram afetadas pelo tempo. Dentre as situações representadas temos aquelas que demonstram que os moradores não só conhecem os espaços do SRT, como tem certa autonomia para acessar e transformar esses espaços.

É preciso ponderar que mesmo moradores e trabalhadoras que não fazem esse tipo de intervenção no espaço-tempo contribuem para sua construção, em algum grau. Não estou aqui desconsiderando que a construção do espaço-tempo também seja fruto de ações não intencionais ou mesmo de quietudes, momentos de não intervenção. No entanto, a análise dos dados apontou para uma repetição significativa da categoria que trata dessas intervenções. Nessa seção me interessa discutir como são estabelecidos os processos de negociações em torno delas e como elas trazem impacto tanto para a construção dos espaços físicos da casa, como para as formas com as quais os agentes que circulam por esses espaços se relacionam entre eles e com a casa.

Negociando a gestão do espaço

Nos três SRT pesquisados foram observadas situações nas quais moradores e trabalhadoras se colocaram em posição de fazer esse tipo de intervenção no espaço-tempo. Observando o número de vezes que cada uma das sub-categorias foi utilizada para analisar o material coletado, percebi que embora as três casas tenham oferecido situações nas quais moradores e trabalhadoras protagonizaram intervenções no espaço-tempo, a Casa de Dom Pedro se destaca em relação à frequência dessas situações. A Tabela 9 abaixo mostra o número de vezes que essas categorias apareceram em cada um dos SRT.

Tabela 9: Distribuição frequência subcategorias “Gestão espaço-tempo” por SRT

Serviços Residenciais Terapêuticos – SRT	Gestão espaço-tempo moradores	Gestão espaço-tempo trabalhadoras
Casa de Maré	3	8
Casa de Dom Pedro	14	15
Casa de Rodas	2	14

Esse mesmo SRT também se diferencia dos outros dois em relação ao número de vezes que cada uma das duas sub-categorias foi usada, demonstrando que foram observadas quantidades parecidas de situações nas quais os moradores e trabalhadoras agiram sobre o espaço-tempo. Esse dado não traz surpresas impactantes se nos atentarmos ao perfil dos moradores dessa casa, que desde o Hospital Transitório já se colocavam como ativos produtores do espaço.

Ainda observando a Tabela 9, algo me parece significativo: o número aproximado de citações das categorias “Gestão espaço-tempo moradores” nos SRT Casa de Maré e Casa de Rodas. Esses dados nos permitem pensar em uma configuração parecida das duas casas quando se trata dos moradores intervirem no seu espaço-tempo, ou seja, foram observadas poucas situações nas quais esse tipo de intervenção foi protagonizada pelos moradores. De fato há semelhanças no perfil desses moradores, dentre as quais, algumas poderiam ser sugeridas como hipótese explicativa para esse baixo número de intervenções, como a idade avançada e o longo tempo de internação na CSV.

Por outro lado há também diferenças, relativas ao número total de moradores em cada uma das casas, o número de trabalhadoras por morador, o tempo de internação no Hospital Transitório, as habilidades físicas para o movimento e as habilidades comunicativas, que também podem sugerir algumas hipóteses. É interessante observar que mesmo com habilidades comunicativas e para o movimento mais baixas, os moradores da Casa de Rodas produziram, durante as observações, quase a mesma quantidade de intervenções no espaço-tempo que aqueles da Casa de Maré, que possuem melhores habilidades comunicativas e para o movimento.

Procurando entender como a diferença nessas habilidades pode gerar resultados parecidos em relação à categoria em questão, podemos pensar que o número de moradores, que na Casa de Rodas é menor, e o número de profissionais por moradores, que nessa mesma casa é maior, podem funcionar como compensadores para as dificuldades apresentadas pelo grupo dessa casa. Por outro lado, o alto número de moradores e uma menor proporção de profissionais na Casa de Maré poderia sugerir certa dificuldade de incentivos individualizados para que os moradores se coloquem mais como produtores do espaço, ao mesmo tempo em que sinaliza um maior volume de trabalho por profissionais⁷⁰.

⁷⁰ É importante ressaltar que essa é uma hipótese construída a partir da observação dos dados dessa pesquisa, de maneira que para afirmar que o número de trabalhadoras e a sua proporção em relação ao

Se olharmos para o perfil dos dois grupos de moradores, ainda dentro do Hospital Transitório, no que diz respeito à mobilidade, observaremos que desde o Hospital Transitório alguns moradores da Casa de Rodas já vinham exercitando formas de compensar sua baixa habilidade comunicativa e de locomoção. Chama a atenção, nesse ponto, a diferença entre o tempo de internação no Hospital Transitório dos dois grupos, me fazendo supor que essa espécie de treino feito naquele espaço, a partir das intervenções da EDBH, pode ter favorecido não só o desenvolvimento de práticas de mobilidade, como de outras práticas de protagonismo.

Em relação à frequência da subcategoria “Gestão espaço-tempo trabalhadoras” podemos concluir, pela observação da Tabela 9 que em todas as casas foram observadas preponderância da ação desses agentes na construção do espaço-tempo. Nas Casas de Maré e de Rodas a diferença entre o número de observações desse tipo e aquelas protagonizadas pelos moradores parece significativa, demonstrando que são esses agentes que intervêm majoritariamente nos espaços dessas casas.

Já em relação à Casa de Dom Pedro, é também significativo observar a frequência semelhante das intervenções feitas pelos moradores e pelas trabalhadoras. Isso se mostra de maneira expressiva se observarmos os espaços dessas três casas: na Casa de Dom Pedro temos marcas concretas dessas intervenções feitas pelos moradores como é o caso da presença do puff de Tião na varanda, os desenhos nas paredes da varanda, sala, copa e garagem, feitos por Neguinho, os porta-retratos trazidos por Nelson e pendurados na sala de TV, o quadro pintado por Raquel na parede da sala, o guarda-roupas comprado pela mesma moradora e que fica no seu quarto. Na Casa de Maré isso aparece no sofá da sala de TV, que é usado como cama por uma das moradoras e, portanto fica coberto com uma colcha, demarcando esse território. Na Casa de Rodas observei sinais desse tipo de intervenção no quarto de Felipe e Bela, que possuem fotos do time para o qual Felipe torce, penduradas na parede. Nota-se que na Casa de Dom Pedro essas intervenções se mostram tanto nos espaços coletivos da casa, como nos espaços privados, enquanto nas outras duas casas essas marcas foram observadas ora no espaço coletivo, ora no espaço privado.

Bem, até agora trabalhei principalmente com os números gerados pela frequência em que essas duas subcategorias apareceram durante a análise do material

número de moradores produz influencia sobre a construção do espaço-tempo do SRT seria preciso aprofundar e desenvolver essa ideia, dialogando com outros trabalhos, o que foge ao objetivo e à capacidade dessa pesquisa. No entanto, avaliei ser importante sugerir essa problematização, a fim de provocar discussões a respeito.

coletado, buscando construir algumas conexões e hipóteses explicativas. No entanto, é importante olhar também para as formas e conteúdos dessas intervenções de maneira a observar melhor as negociações que geram. Franco afirma

Todo SRT tem um cotidiano parecido: horário do café da manhã, horário do almoço, horário do lanche da tarde e horário do jantar. Parece que as atividades da casa e a vida dos moradores mais dependentes ou que têm pouco acesso ao território gira em torno disso (FRANCO, 2012, p. 138).

No entanto, o fato desses serviços terem horários estabelecidos para realização de atividades, não nos informa de que modo a realização mesma dessas atividades se constitui como as formas de habitar e construir o espaço. Observei, durante o campo, que há tensionamentos sobre os horários e duração dessas atividades tanto entre as cuidadoras e as supervisoras, como entre os moradores e as cuidadoras. As tabelas abaixo mostram, de maneira geral, algumas situações de intervenção no espaço-tempo, observadas durante o campo, realizadas tanto pelos moradores, como pelas trabalhadoras:

Tabela 10: Modos de intervenção das trabalhadoras no espaço-tempo dos SRT

Modos intervenção trabalhadoras	Casa de maré			Casa de Dom Pedro			Casa de rodas			
	Cuidadora	Estagiária	Supervisora	Cuidadora	Estagiária	Supervisora	Cuidadora	Estagiária	Supervisora	Téc. Enfermagem
Limpeza dos espaços da casa	X	-	-	X	-	-	X	-	-	-
Produção das refeições	X	-	-	X	-	-	X	-	-	X
Restrição/permmissão para acesso aos espaços da casa	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Mudança de objetos de lugar	-	-	X	-	-	X	-	-	-	-
Orientação para horário do banho dos moradores	X	-	X	-	-	-	X	-	X	X
Condução dos moradores para o banho, limpeza do corpo dos moradores, troca de roupas e fraldas	-	-	-	-	-	-	X	-	-	X
Movimentação dos moradores pelos espaços da casa	-	-	-	-	-	-	X	-	-	X

Tabela 11: Modos de intervenção dos moradores no espaço-tempo dos SRT

Modos intervenção moradores	Casa de Maré	Casa de Dom Pedro	Casa de rodas
Mudança do local de dormir	X	X	
Organização do espaço	X	X	X
Restrição/permissão para acesso aos espaços da casa	X	X	
Decoração espaços coletivos e privados da casa		X	X
Definição e defesa de territórios dentro dos espaços da casa		X	
Mudança na localização da cama e do corpo no quarto e abertura da janela			X

As intervenções protagonizadas pelos moradores e pelas trabalhadoras aparecem de maneiras peculiares nas três casas, sendo relevante observar a escala em que foram observadas em cada uma delas. Em relação às intervenções realizadas pelos moradores vemos, nas Casas de Maré e de Dom Pedro, algo que também aparece nas intervenções das trabalhadoras, relativo à restrição/permissão para acesso de outras pessoas a um determinado espaço da casa. No caso das intervenções que são realizadas pelos moradores, se trata de duas mulheres e o espaço em questão é o quarto das moradoras.

Outra observação significativa diz respeito às escalas das intervenções feitas nas três casas, que compreende tanto intervenções no e pelo corpo como aquelas feitas nos espaços da casa. Pelo fato dos moradores serem os agentes que promovem o movimento nessa subcategoria, é de se esperar a presença da escala dos seus corpos nessas ações. Assim, quando se deslocam de um quarto para outro ou quando promovem o seu deslocamento dentro do próprio quarto, estão atuando na esfera do corpo, um corpo que ao produzir movimento, se relaciona com o espaço e com outros agentes, trabalhando na construção da casa.

Em relação às intervenções protagonizadas pelas trabalhadoras, algo que se repete nas três casas, ao observarmos esse quadro, são as intervenções das cuidadoras para limpeza dos espaços da casa, produção dos alimentos e refeições e as restrições/permissões para acesso dos moradores a alguns cômodos. Outra coisa que parece ser similar é o protagonismo das cuidadoras, dentre as demais trabalhadoras, nessas intervenções nos três serviços, sendo que a Casa de Rodas é aquela onde elas estiveram presentes em todos os modos de intervenção observados.

Ainda em relação às intervenções realizadas pelas trabalhadoras, também é interessante observar a escala na qual elas acontecem em cada uma das casas. Apenas na Casa de Dom Pedro, onde os moradores tem maiores habilidades comunicativas e de locomoção, o corpo não aparece como escala de intervenção das profissionais, ou pelo menos não aparece da mesma forma como essa intervenção acontece nos outros dois serviços. Os corpos como campos de ação direta das trabalhadoras, tais como aquelas situações nas quais elas precisam tocar esses corpos para movê-los de um lugar para outro ou organizá-los para que entrem no banho, foi algo observado principalmente nas Casas de Maré e de Rodas.

Vejamos agora a descrição de algumas dessas situações colocadas no quadro acima. Começando pela Casa de Dom Pedro, trago uma situação ilustrativa:

Quando cheguei à casa observei que há três porta-retratos pendurados na parede da sala com fotos de Nelson e Pai Ioiô. A cuidadora me explicou que foi Nelson quem achou na rua (os porta-retratos) e trouxe, mas que não sabe se foi ele que pendurou. Ela contou que ele traz toda sorte de objetos da rua, alguns aproveitáveis, outros nem tanto (caderno de campo).

O fato das trabalhadoras acolherem e colocarem expostos alguns dos materiais trazidos da rua por Nelson demonstra que por um lado, há um reconhecimento daquele morador enquanto alguém que também constrói aquele espaço e por outro uma certa autorização da instituição, através das trabalhadoras, para que Nelson siga trazendo os objetos que acha na rua para compor o ambiente da casa.

Outra situação recorrente em relação a esse SRT é o ato do morador Neguinho, reconhecido por Raquel como o artista da casa, de desenhar nas paredes e chão da casa. Decorrente disso, os espaços ganham, não só um aspecto totalmente inusitado como certo aspecto de propriedade: “essa parede é do Neguinho desenhar” (fala de Raquel);

Neguinho se apropria da rampa e regula a passagem dos outros moradores por aquele espaço. Às vezes que Pai Ioiô vai passar pelo local, ele passa pelo cantinho, porque sabe que Neguinho não gosta. Outras vezes já vi Pai Ioiô

mudando de caminho para não passar pela rampa porque o Neguinho não deixou (entrevista com estagiária).

Observamos aqui que a gestão do espaço-tempo realizada por esse morador não é negociada diretamente com as trabalhadoras, mas exige interação com outro morador da casa, na qual Neguinho assume o papel de regulador do espaço enquanto Pai Ioiô é aquele que pede passagem e inventa rotas alternativas.

As citações marcadas com essas categorias na Casa de Dom Pedro trazem situações nas quais os moradores fazem propostas, em alguma medida refinadas, de intervenção no espaço, como descritas acima, se colocando de maneira ativa tanto na construção estética da casa, como na construção de possibilidades de circuitos/rota. Há ainda nesse SRT outras formas de gestão do espaço-tempo conduzida pelos moradores, mais simples e rotineiras, como quando mudam de quarto durante a noite, levam o rádio para seu quarto, restringem ou permitem o acesso de outras pessoas aos seus quartos⁷¹. Essas intervenções que estou chamando de mais simples se assemelham àquelas encontradas na Casa de Maré, qual sejam, uso do sofá da sala como cama, arrumação de alguns espaços da casa de acordo os parâmetros dos próprios moradores.

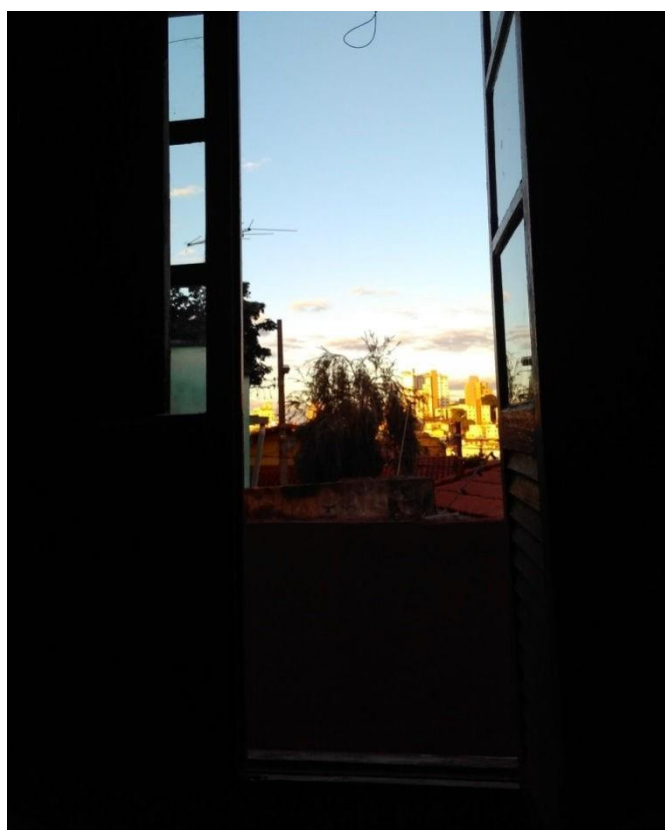
Na Casa de Maré há, no entanto, um tipo de intervenção no espaço que me pareceu bastante peculiar: as quatro moradoras dessa casa possuem o hábito de organizar, pela manhã, as cadeiras que ficam na varanda da casa de forma tal que as colocam de costas para o portão, enfileiradas, lado a lado. Cada uma delas usa essa organização de uma forma e em horários que nem sempre coincidem. Algumas assentam de costas para a rua e gastam um tempo olhando para dentro da própria casa, outras se assentam de lado, de maneira que é possível, para elas, ver, tanto a rua, quanto a casa. Geralmente essa organização é desfeita no horário do almoço, quando as cadeiras precisam ser usadas para esse fim. Montando ou desmontando essa cena, não observei resistência de trabalhadoras ou moradores, de maneira que tal intervenção no espaço demonstrou dispensar negociações com outros agentes.

Chama a atenção na subcategoria “Gestão espaço-tempo pelos moradores” da Casa de Rodas a forma como os moradores da casa conduzem sua gestão do espaço. Parece bastante inusitada a maneira como esses moradores intervêm, conforme descrito no relato:

⁷¹ Trabalharei essa forma de gestão do espaço-tempo mais para frente quando tiver tratando dos quartos das casas.

São 15:00 horas e eu escuto um outro choro e observo que é Bela chamando por alguém em seu quarto. Tento entender qual é a demanda, mas ela continua chorando. Chamo a técnica de enfermagem, pois chegou a cair uma lágrima do olho dela enquanto chorava. A técnica chega e explica que é um pedido de mudança de lugar e começa a reajustar os lençóis (dessa maneira ajustava a posição da moradora na cama) e a cama de Bela para mais perto da janela. Ela explica que a moradora gosta muito de olhar pela janela (ver Figura 13–Vista janela quarto de Bela e Felipe) e por isso, abre bem as duas abas da janela. Ela também ajusta a inclinação da cama, de maneira que Bela fica quase sentada. Após ter sido atendida no seu pedido, Bela parou de chorar e ficou atenta à paisagem da janela. Perguntei à técnica de enfermagem como ela aprendeu a interpretar o choro da moradora e ela respondeu que foi a partir da convivência e da atenção aos sinais mais sutis não só de Bela, como de todos os moradores desse SRT. Ela também explicou que algumas vezes, Felipe, companheiro da moradora⁷², intercede por ela, utilizando-se da sua capacidade de compreensão da linguagem de Bela e de verbalização, para dizer às trabalhadoras o que a companheira está pretendendo com o choro. Essas respostas foram dadas não apenas por essa trabalhadora, mas por todas com as quais tive contato nessa casa(caderno de campo).

Figura 13: Vista janela quarto de Bela e Felipe



Fonte: *Acervo de campo*, 2017.

⁷² Durante a realização do trabalho de campo Felipe me explicou que está noivo de Bela, chegando inclusive a ter feito o pedido de sua mão para o cunhado. Os dois dividem o mesmo quarto.

Curiosamente, duas das três citações que escolhi para ilustrar as situações nas quais os moradores são protagonistas da gestão do espaço-tempo da casa, têm algo em comum: as duas intervenções foram, de alguma maneira, intermediadas pelas trabalhadoras da casa, ora com a permissão e acolhimento dos objetos trazidos por Nelson, ora pelo esforço de compreensão e atendimento ao pedido de Bela. Isso demonstra que em alguns casos, mesmo quando a iniciativa disso que estou chamando de gestão, parte do morador, é preciso que as trabalhadoras também estejam dispostas a acolher a proposta feita, demonstrando que algumas construções dos espaços dos SRT se fazem através de processos de negociações. Na situação envolvendo Neguinho e Pai Ioiô, por outro lado, há a ausência de qualquer trabalhadora durante o ocorrido, o que ilustra que esse processo de *construção e habitação* do espaço perpassa diferentes instâncias de negociação.

Pensando nessas etapas para que o movimento de transformação, mesmo que momentânea, do espaço aconteça, recorro ao conceito de motilidade proposto por Kauffman(2014). Alguns aspectos desse conceito parecem explicar bem a relação que venho descrevendo aqui, quais sejam: a consideração do movimento como um processo relacional entre indivíduos e o seu entorno⁷³; bem como a própria definição de motilidade enquanto certa medida da capacidade da mobilidade no espaço social e geográfico. Para que cada um dos movimentos de transformações descritos acima ocorressem, os moradores precisaram transitar pelos três eixos salientados por Kauffman(2014): se valendo de suas habilidades comunicativas (competência) e acionando e sensibilizando as trabalhadoras ou outros moradores (apropriação) para que pudessem ter acesso ao que queriam (acesso).

A categorização das citações que tratam disso que estou chamando de gestão do espaço-tempo está considerando, é importante ressaltar, o agente que toma a iniciativa dessa chamada gestão. Assim, a janela do quarto de Bela só foi aberta, pois a própria moradora provocou tal ação. Da mesma forma, ao trazer os porta-retratos para casa, Nelson também inicia um movimento que, acolhido pelas trabalhadoras se reflete na decoração da casa.

Há, no entanto, situações inversas, nas quais o primeiro movimento parte das trabalhadoras. Com essa inversão mudam também os papéis que cada um dos atores

⁷³ Aqui estou considerando “entorno” os espaços físicos da casa e as trabalhadoras. Em relação às trabalhadoras, estou aqui tomando-as na perspectiva de Lipsky (2010) enquanto burocratas de nível de rua.

desenvolve na interação: ao proporem modificações no espaço, as trabalhadoras são agora aquelas que precisam encontrar certo acolhimento e disposição dos usuários para a concretização de suas ações.

Ao olhar de perto as citações desse segundo grupo, observei que elas poderiam ser categorizadas em dois subgrupos, devido sua diversidade, sendo um deles aquele que trata das negociações com os moradores pelo uso dos espaços e objetos da casa, outro relativo às situações de manutenção e cuidado com os espaços do SRT e com os moradores. Note-se que os grupos tratam tanto de questões das relações entre os corpos, quando trabalhadoras negociam com moradores em relação ao seu próprio cuidado, como de questões das relações entre os corpos e os espaços da casa, quando os agentes envolvidos negociam pelo uso desses espaços.

Em relação ao primeiro subgrupo, as citações parecem descrever a casa como um território vivo e estratégico, no qual o acesso aos cômodos e objetos são pensados a partir da relação que os moradores já estabelecem com eles, tal como fica claro na fala da supervisora da Casa de Dom Pedro:

Tinha um armário na copa onde ficavam trancados cigarro, comida, medicamento. Lá era a mina de ouro. Então quando o armário veio aqui para baixo, diminuiu a tensão na casa e a demanda que eles (moradores) tinham em cima das cuidadoras. Outra estratégia que eu uso é deixar a garrafa de café à vista, para que eles saibam quando o café acabou, ao invés de deixar a garrafa trancada no armário, o que os moradores interpretam é que o café é das cuidadoras e então a tensão recai sobre essa negociação. Com a garrafa à vista eles mesmos podem ver quando o café acabou (entrevista supervisora)

Na Casa de Maré também há um relato desse sub-grupo, feito pela supervisora, ela conta da mudança do escritório, com a subida do armário de guarda de comida para a copa.

A supervisora explica que com essa mudança, espera que mude também a relação dos moradores com os espaços da casa e também com a comida. Conta que alguns moradores desse SRT têm ainda uma relação difícil com a comida, se referindo à velocidade com que comem e a ansiedade que permeia esses momentos (caderno de campo)

É interessante notar que se por um lado as propostas das duas supervisoras vão na mesma direção em relação à gestão do espaço-tempo de cada uma das casas: tornar visível para os moradores a garrafa de café e o armário de guarda de comida, por outro, na Casa de Dom Pedro foi preciso velar um pouco ou tornar menos visível, esse armário, separando-o da garrafa de café. Ressalto que as duas casas têm uma configuração parecida em relação à localização da despensa/escritório na sua planta. Em

ambas, esse cômodo fica numa espécie de sub-solo, isolado dos demais cômodos da residência.

É também um ponto em comum que os moradores têm o acesso à despensa/escritório restrito e regulado, devido ao fato de ali estarem guardadas as medicações, recursos financeiros, documentos e o estoque de comida. Como mencionado pela supervisora da Casa de Maré, alguns moradores dessa casa ainda têm dificuldade na relação com a comida. Goffman(1974), em seu trabalho, descreve a relação dos pacientes com a comida, na parte a que se dedica a falar da vida íntima das instituições, como uma relação que aqui chamarei de estratégica. A comida assume um lugar de potencialidade, pois permite negociações com outros internos, ao mesmo tempo em que é colocada como objetivo final: os internos negociam entre si e com trabalhadores para conseguir um pouco mais de comida ou uma comida diferente (GOFFMAN, 1974). Essa relação dos sujeitos pesquisados com a comida será melhor abordada na seção na qual analiso as cozinhas dos SRT.

É importante ressaltar, após a descrição das duas situações acima, que a iniciativa das supervisoras de intervir na organização dos espaços e objetos da casa aparece como uma resposta dessas mesmas profissionais à observação da relação que os moradores estabelecem com os espaços, objetos e trabalhadoras da casa. Além disso, todas as duas relatam ter como expectativa alguma mudança nessa relação. Isso dialoga em alguma medida com a própria definição de mobilidade trabalhada aqui ao considerar sujeitos, objetos e espaço em uma perspectiva relacional (KAUFMANN, 2014; URRY, 2010): a alteração na posição geográfica de um objeto no espaço da casa como estratégia para produção de novos movimentos e novas relações entre os sujeitos envolvidos.

O segundo sub-grupo dessa categoria traz situações de manutenção e cuidado com os moradores e com os espaços do SRT, nas quais as intervenções no espaço são protagonizadas, sobretudo pelas cuidadoras. As cenas descritas nesse sub-grupo aconteceram majoritariamente na Casa de Rodas, onde os moradores dependem de auxílio externo para locomoção, e na Casa de Maré e abordam situações nas quais as trabalhadoras promovem a mudança ou manutenção dos moradores em relação ao lugar em que estão.

Para ilustrar essa forma de organizar o espaço-tempo, recorro às citações do caderno de campo: *Bela foi mantida em sua cama, pois sua cadeira de rodas está molhada (Caderno de campo); 12:38 h, a TV foi ligada, Flávia e Tereza foram trazidas*

para dentro, juntamente com as poltrona” (Caderno de campo). Ressalto que nesses relatos a *escala* de ação das trabalhadoras traz para o primeiro plano o corpo das moradoras. É esse corpo que é movido ou mantido ancorado em um mesmo lugar tendo os espaços da casa como cenário.

Na Casa de Maré, todas as situações desse sub-grupo tem algo em comum: são intermediadas pela comida. As descrições abordam situações nas quais o acesso à cozinha é restringido pelas cuidadoras quer seja porque a porta foi fechada durante o preparo da refeição ou pela orientação verbal para que os moradores saiam desse espaço nesse momento (caderno de campo). A comida também aparece como estímulo para acesso à varanda, como descreve o relato: *A cuidadora tem o tom de voz alto e imperativo. Ela serve o café na varanda, todos vão se encaminhando ou sendo encaminhados para o local* (Caderno de campo).

Algo que se repete nos relatos desse subgrupo nas Casas de Maré e de Roda é a forma que usei para retratar, nos cadernos de campo, tais situações, descrevendo os moradores como objetos da ação das trabalhadoras através do uso dos verbos: *trazidos, mantidos, encaminhados*. Relendo essas passagens resta uma impressão de que tais ações não só são iniciadas pelas trabalhadoras, como conduzidas por essas profissionais em toda sua extensão. Diferentemente da gestão do espaço-tempo pelos moradores, onde o morador faz disparar uma ação que é continuada pelas trabalhadoras, aqui, me parece que fica a cargo das trabalhadoras não só fazer disparar um movimento, mas conduzi-lo em relação à sua direção e duração. Essa diferença pode revelar assimetrias nas relações construídas entre os moradores e as trabalhadoras, algo que poderá ser melhor explorado à medida que os outros espaços da casa forem apresentados e discutidos.

A Casa de Dom Pedro aparece nesse subgrupo tendo também a comida como mote. Na situação categorizada a cuidadora explica o uso de pratos de plástico e colheres, dizendo que *tem medo de permitir que os moradores usem* (pratos de vidro), *pois em um momento de crise podem acabar se machucando. Ela também explica que as cuidadoras são as responsáveis pela montagem do cardápio e que decidem entre si* (Caderno de campo).

Com 56 citações marcadas como “Gestão espaço-tempo moradores” e Gestão espaço-tempo trabalhadoras”, não tenho a pretensão de esgotar as discussões que podem ser suscitadas a partir da análise pormenorizada dessas citações, bem como de tentativas de relacioná-las, umas com as outras e com as características de cada uma das casas

pesquisadas. Trabalhando com algumas poucas citações e suas relações, já foi possível ilustrar tanto a complexidade dos cotidianos observados como das interações entre atores e espaços, de maneira que mesmo que *todo SRT tenha um cotidiano parecido* (FRANCO, 2012, p. 138), olhando bem de perto, há muita diferença nas formas usadas para construção e manutenção desse cotidiano.

À maneira de cada uma das três casas, a construção da habitação se revela como uma construção coletiva, na qual moradores, cuidadoras e supervisoras, à guisa das citações usadas nessa seção, negociam, cotidianamente, a montagem do espaço: enfeites, restrições e permissões ao acesso a determinados cômodos, a mudança de lugar dos corpos, a relação com a comida. Tendo isso em vista, tratarei agora de algumas funções que espaços das casas assumiram, transformando-se em territórios de quatro tipos: de encontro, de intimidade, territórios particulares e operacionais.

3.4.b: A produção de territórios

A leitura dos cadernos de campo me levou a perceber diferentes usos para os mesmos espaços, usos esses protagonizados tanto pelos moradores como pelas trabalhadoras dos SRT. Tendo isso em vista, criei quatro categorias que se diferenciam conforme o uso que cada agente faz de um mesmo espaço. Essas categorias mostram a construção de quatro tipos de territórios, segundo a compreensão de territórios que venho trabalhando aqui, apoiada em Raffestin(1993)quais sejam: territórios de encontro, de intimidade, territórios particulares e operacionais que podem tanto se sobrepor, como aparecerem separados uns dos outros. Dessa maneira, descreverei abaixo as peculiaridades de cada um desses territórios, buscando ilustrar a sua constituição através de relatos de situações dos três SRT.

Território de Encontro

Foram categorizadas nesse grupo, citações que falam sobre espaços que são transformados em territórios, pois assumem a função, mesmo que momentaneamente, de sediar encontros, onde há potencialidade de interação. Assim, esses territórios são espaços que abrigam, no tempo, um potencial: pode ser que a interação aconteça, como também pode ser que os dois indivíduos em cena apenas passem um pelo outro, ou

estejam apenas localizados no mesmo cômodo. No caso dessa potencialidade se confirmar em ação, objetos podem intermediar tal tipo de relação.

Devido à diversidade dos três SRT, pude observar aqui a interação acontecendo em variadas formas. Na Casa de Maré pude observar aquilo que Goffman (2011) chamou de sinais da interação, quais sejam: olhadelas, gestos, posicionamentos, enunciados verbais. Para esse autor interessou saber qual a ordem normativa desses dados (sinais de interação), ou seja, a ordem comportamental entre eles. Dialogando com seus estudos, a mim interessou à princípio, observar como esses sinais de interação ocorrem, como se diferenciam e como se relacionam com o tempo (quando surgem, quando se repetem, quando se intensificam, quanto duram).

Não por acaso, o corpo foi marcado muitas vezes como *território de encontro* na Casa de Rodas. Talvez pelo fato de seus moradores dependerem de outra pessoa para se mover⁷⁴, aqueles movimentos mais sutis: *olhadelas, gestos, posicionamentos e enunciados verbais*, sejam os que tenham sido mais observados.

No discurso das trabalhadoras da casa estava bastante presente relatos sobre a maneira de interagir de Felipe e Bela, *namorados* e habitantes do mesmo quarto. Formas inclusive, refinadas em alguma medida, como quando contam que Felipe, por vezes as aciona verbalmente a partir do choro de Bela, fazendo certa tradução do que a companheira está demandando. Explicam que ele insiste na sua fala até que elas o atendam, indo até o seu quarto (entrevista cuidadora e técnica enfermagem) e atendendo ao que Bela precisa.

Também foi marcante na fala dessas trabalhadoras a presença desses sinais como justificativa interpretativa da interação, em outras palavras, elas diziam que através da observação desses sinais sabiam a demanda ou resposta do morador. Uma dessas situações está descrita da seguinte forma no caderno de campo: *Bela tem uma relação afetuosa com Felipe, a trabalhadora fala que ao final da tarde Bela costuma ficar virada para Felipe e que eles se comunicam pelo olhar, como se tivessem paquerando* (caderno de campo).

Territórios particulares

⁷⁴Aqui estou considerando se mover como mudança do corpo, como uma unidade, de lugar, de maneira que movimento de membros e expressões faciais não estão incluídos.

Observando que alguns lugares assumem funções particulares para diferentes moradores, criei a categoria “Territórios particulares”. O que diferencia essa categoria das demais é a forma muito individual e portanto, particular, com a qual os sujeitos colocam seus corpos no espaço, permanecendo, em sua maioria, quietos. É como se ancorassem o corpo para que outras instâncias do seu ser pudessem se movimentar. Percebi isso através da observação daquilo que Goffman, 2011, chama de sinais da interação, mas que nesses casos, pareciam direcionados para algo ou alguém que eu não conseguia ver (GOFFMAN, 2011). Tal foram as vezes que vi Luizinho com seu olhar fixo no teto enquanto mudava sua expressão facial, ora rindo, ora mantendo-se sério; ou Lila, olhando para o chão e conversando enquanto colocava um dedo no ouvido, parecendo escutar respostas que eram só chegavam aos seus ouvidos.

Essas formas geralmente estão conectadas em um circuito que desvela traços do conteúdo psíquico dos sujeitos que ali estão, revelando marcas de um tipo de estrutura psíquica. Por sua natureza, nesses territórios, os sujeitos que abrigam tal estrutura desenvolvem ações ou quietudes que durante a observação, pareceram estar conectadas a construções delirantes e ritualísticas ou a outras formas de manifestação do conteúdo psíquico. Tais manifestações são conhecidas nos livros de psicopatologia e marcam, juntamente com outros fatores, a diferença entre loucos e não loucos(DALGALARRONDO, 2008).

É importante sinalizar aqui a diferença entre aquilo que Goffman(2011) chama de ritual de interação e essa construção ritualística que estou trazendo. O ponto que me parece central para tal diferenciação é a presença do segundo ator, aquele para a qual a interação é dirigida. Se para Goffman(2011) a co-presença é elemento constituinte da interação e o ritual é a forma pela qual ela se desenvolve, nessas situações específicas a presença do ritual informa justamente sobre uma maneira do indivíduo interagir com o seu próprio psiquismo, fazendo dele, o outro dessa relação.

Territórios operacionais

Os territórios operacionais foram descritos como lugares onde ficam guardados objetos cruciais de operacionalização do cotidiano dos moradores e trabalhadoras das casas, tais como: dinheiro, documentos, mantimentos, caderno de plantão, blocos de recibo, relatórios de desinstitucionalização, receitas médicas e medicamentos. Ou ainda como territórios onde são desenvolvidas atividades desse cotidiano, relacionadas ao

cuidado dos moradores ou ao cuidado da própria casa, como refeições, administração de medicamentos, organização do dinheiro e notas fiscais, etc. A construção desses territórios é marcada, sobretudo, pelo protagonismo das trabalhadoras dos SRT, podendo, inclusive, ser construções das quais os moradores não participam ativamente. Assim, as despensas, escritórios e cozinhas foram aqueles espaços que, durante momentos variados da observação foram categorizados como territórios operacionais, como é de se esperar. No entanto, varandas e salas também se configuraram como tal tipo territorial quando articulados pelas trabalhadoras para essa função.

Territórios de intimidade

Por fim observei espaços se transformarem em “Territórios de intimidade” onde os moradores ou trabalhadoras desenvolvem sua privacidade, mantendo certa reserva em relação ao coletivo. Nesses territórios, moradores dormem, descansam e/ou se distanciam da interação com os demais, respondendo pouco aos estímulos externos. São lugares parecidos com os *territórios pessoais*, descrito por Goffman(1974, p. 200) onde *o indivíduo cria elementos de conforto, controle e direitos tácitos que não compartilha com outros pacientes, a não ser quando os convida*. O autor atribui a esses territórios função de refúgio e proteção, algo que também foi observado em alguns espaços demarcados como territórios de intimidade nessa pesquisa.

É importante entender nesse momento a diferença entre os territórios de intimidade e os territórios particulares, uma vez que no trabalho de Goffman(1974) os dois parecem estar contidos em uma categoria única, os *territórios pessoais*. Achei importante promover essa separação, pois entendo que, embora sejam categorias bastante próximas e que às vezes se sobreponham, há uma construção que se diferencia quando o objetivo é buscar privacidade e reserva em relação ao coletivo e quando o objetivo é dar vazão ao conteúdo psíquico, como descrito na seção sobre os territórios particulares.

Outra diferença que penso ser interessante é o fato das construções que transformam os espaços em territórios particulares serem peculiares, no sentido de desenvolverem ações características de um determinado morador, marcando assim certa identidade. Não são apenas ou sempre lugares de espera (GOFFMAN, 1974), decorrentes da falta de atividades da rotina, mas formas de ancoragens que permitem construções internas. Os territórios de intimidade, por sua vez, trazem como marca certo

rebaixamento da guarda em relação ao coletivo, são lugares onde o sujeito pode dormir, se masturbar, cuidar dos seus objetos pessoais.

Uma vez que observei esses quatro tipos de construções dos espaços, sigo agora descrevendo e problematizando tais usos à medida que apresento os cômodos dos SRT, buscando dialogar tanto com a literatura como com as formas de uso dos espaços do Hospital Transitório. A intenção aqui não é criar uma imagem do passado e do presente, como situações desconexas ou promover avaliações do desempenho dos usuários e trabalhadores nos dois espaços diferentes. Pretendo observar não só as práticas de mobilidade dos usuários, como as estratégias, relações, construções e consequências que advém delas nos dois espaços.

Ressalto que a descrição da construção dos espaços no Hospital Transitório não acompanhará a descrição de todos os cômodos da casa por dois motivos. O primeiro deles é que nem todos os cômodos que têm nas casas eram encontrados no hospital, tais como o quintal, a copa e a despensa. E o segundo se refere ao acesso às informações necessárias para esse tipo de descrição, que foi mais restrito em relação ao Hospital Transitório.

Assim, no desenvolver das próximas seções e capítulos trarei reflexões e descrições sobre alguns espaços do hospital e seus usos, dando maior ênfase as problematizações que julguei mais significativas. Assim, o uso do pátio, dos banheiros, bem como do refeitório, juntamente à relação com a comida são aqueles que foram explorados com maior riqueza de detalhes. Os demais espaços e usos, quando abordados, seguiram uma descrição mais breve e menos pormenorizada.

A fim de propiciar a criação de uma imagem geográfica das casas, procurei guiar o leitor nessa visita indo do que é mais externo para o mais interno, do que é mais acessível, para o que é menos acessível. Assim, iniciaremos pelas varandas, garagens e quintais, fazendo certo contorno dos imóveis pelas “Áreas externas”. Em seguida, enveredando pelas “Áreas internas”, adentraremos pelos espaços das salas e copas, seguidos pelas cozinhas e pelas despensas/escritórios. Após ter descrito e analisado esses espaços pediremos licença para adentrar nos banheiros e quartos, onde também faremos esse exercício.

3.4.c: Práticas de mobilidade nos espaços da casa: áreas externas

As áreas externas das três casas foram espaços largamente utilizados como categorias para análise dos dados produzidos, em relação direta com os dois grupos criados para escolha da amostra da pesquisa “Grupo de dentro” e “Grupo de fora”. Me interessava saber, nessa nova etapa da vida dos usuários, qual é a área de domínio dos seus movimentos. Entrementes, à medida que constatei a partir da própria categorização e análise desses dados que as casas são o espaço central onde os movimentos acontecem, percebi que aqui, “Grupo de dentro” e “Grupo de fora” tomariam outra conotação.

Se no primeiro momento “Grupo de fora” se referiu aos espaços localizados fora daqueles delimitados pelo Hospital Transitório, localizando-se no campo da rua, da cidade, do bairro, aqui a categoria “Áreas externas” significa espaços dentro do terreno da própria casa, mas que se localizam do lado de fora da área construída, o que lhes permite interlocução com o céu e em alguns casos com a rua. Por contraste, “Áreas internas” estão dentro do imóvel, sendo delimitadas em todas as suas dimensões por chão, parede e teto.

Assim, a frequência do uso das duas categorias apontou que “Áreas internas” foi mais utilizada como categoria para codificação, sendo a terceira variável mais usada. “Áreas externas” está em oitavo lugar, o que nos permite concluir que a observação das práticas de mobilidade nessa pesquisa se deu, majoritariamente nos espaços internos dos SRT.

Pensando sobre esse tipo de divisão dos espaços da casa, retomo o que Raffestin discute em seu trabalho, “O que é território”, sobre representações e tessituras do espaço. Ali, o geógrafo explica que “os povos civilizados parecem ter aspirado a universalidade desde muito cedo, porém sempre dividiram cuidadosamente o espaço, a fim de se distinguir dos seus vizinhos” (RAFFESTIN, 1993, p. 150). Interessa-me neste momento, pensar essa divisão dos espaços, feita a partir da observação da utilização mesma desses espaços por seus agentes, mas também, pela própria arquitetura das casas. Raffestin chama de prática espacial aquela que, induzida por um sistema de ações ou comportamentos, produz o território. A forma como os indivíduos se distribuem no espaço são, segundo o autor, *respostas possíveis ao fator distância*⁷⁵ e ao seu complemento, *acessibilidade* (RAFFESTIN, Op. Cit.).

⁷⁵ Nesse caso, ele está considerando distância como a interação entre diferentes locais, podendo ser espacial e portanto, física e geográfica, mas também temporal, psicológica ou econômica (RAFFESTIN, 1993).

As três casas pesquisadas têm, como um dos pontos em comum de sua arquitetura, a presença de um espaço significativo entre o portão de entrada e a porta do primeiro cômodo da construção. Nas três esse espaço é dividido entre uma parte coberta e uma parte aberta, que permite ver o céu, ficar exposto ao sol e à chuva. Parte desses espaços parece ter sido projetada, originalmente, para funcionar como garagem, tal qual acontece na Casa de Rodas. No entanto, nas outras duas casas essa função não é observada. Mesmo nesse SRT, onde isso acontece, há também outras funções construídas para esse espaço.

Embora nos três SRT o espaço externo das casas se divida entre varanda, garagem e quintal, optei por focar, nessa seção, as situações que observei acontecerem nas varandas. Faço essa escolha em função de terem sido nesses espaços que os movimentos e quietudes mais significativos foram observados. Na Casa de Dom Pedro a garagem se diferencia de forma mais clara do espaço da varanda e se constitui como um *território particular* para um dos moradores, sendo por isso trabalhada na descrição das áreas externas dessa casa. Por fim, ao final dessa seção, problematizarei brevemente as formas de uso dos espaços externos da Casa de Maré em diálogo com aqueles encontrados na Casa de Dom Pedro.

3.4.d: Áreas externas

Casa de Maré: intervenções no espaço, interlocução com a rua e ancoragens

A uma distância próxima da rua e com moradores autônomos em relação à deambulação, a varanda da Casa de Maré é o cenário no qual muitos deles, sobretudo, elas, experimentam intervir no espaço dessa casa, como descrito anteriormente. O sofá também é um importante objeto desse cenário, se configurando como um *território particular* para alguns dos moradores desse SRT. Essa varanda se localiza entre dois corredores importantes de circulação dessa casa, tendo um deles entrada pela copa e outro pela lateral à esquerda, como mostradas nas figuras abaixo. É importante ressaltar que ela é o único cômodo da casa que possui vista para a rua, nos demais cômodos a vista encontra laterais e fundos de casas vizinhas, além de uma visão mais panorâmica de uma parte da cidade.

Figura 14: Varanda Casa de Maré vista por quem está na rua: Drica tirando um cochilo



Fonte: *Acervo da pesquisadora*, 2017.

Na figura acima vemos Drica em uma posição bastante comum e que demarca a construção desse espaço da varanda como um *território de intimidade*. Não só ela, com outros moradores, mantém o hábito de deitar e cochilar nesse sofá, marcando o território também a partir da quietude.

Figura 15 Varanda Casa de Maré vista do sofá: montagem do espaço pelas moradoras



Fonte: *Acervo da pesquisadora*, 2017.

Pude observar na varanda desse SRT a construção de *territórios particulares* pelas práticas de mobilidade de Sabiá. Vi o morador deitado no sofá da varanda conversando com seus botões algumas vezes. Ali, com sua voz baixa e com as palavras emboladas, ele falava sobre sua relação com os passarinhos, com a religião e com o tempo de reclusão. Como na maior parte das vezes o vi deitado, percebi que essa relativa imobilidade do seu corpo se contrastava com a fluência e movimento de seus pensamentos e palavras: Sabiá contava para o vento ou para quem quisesse escutar, sobre como os limites do seu corpo não eram suficientes para impedir que os pássaros controlassem algumas de suas ações.

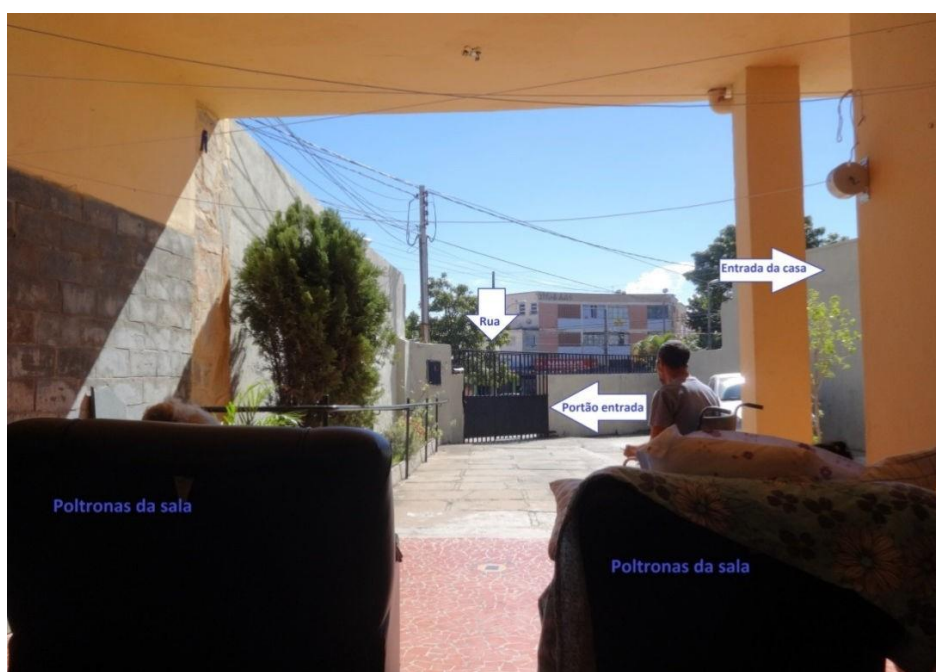
Algo que já foi descrito anteriormente e que pode ser observado na figura acima é a construção desse território de aproximação com a rua, a partir da organização das cadeiras. Ao lembrar o cotidiano das moradoras dessa casa no Hospital Transitório percebi que essas quatro mulheres têm algo em comum: em graus variados, as quatro tinham o costume de observar a rua pelas janelas dos seus quartos ou por outros espaços onde essa vista era possível. Aqui no SRT essa intervenção no espaço da varanda me

pareceu com uma forma de fabricar uma janela, de construir um espaço delas que permitisse interlocução com a rua. É interessante notar que esse tipo de construção não foi observado nas demais casas e que as cadeiras são dispostas de costas para a rua. Esse hábito das moradoras provoca alterações nas rotinas das cuidadoras que precisam estar atentas à intensidade do sol, ofertando o uso de protetor solar e outras formas de cuidado decorrentes dessa exposição.

Casa de Rodas: o acesso ao sol e as ancoragens produzidas para operacionalização do cotidiano

Na figura abaixo a varanda da Casa de Rodas está retratada. As duas poltronas da sala estão deslocadas de seu espaço de origem. Da maneira que estão dispostas, elas permitem que suas ocupantes vejam, mesmo que um pouco distante, a rua. A configuração do portão permite que as moradoras e também o morador que está na cadeira de rodas, alcancem com os olhos quem está passando na rua e vice-versa. A figura também mostra o alcance do sol nesse cômodo, que com frequência é usado para que os moradores se esquentem (caderno de campo). Essa finalidade de esquentar no sol foi relatada por uma das trabalhadoras como sendo um dos motivos de movimento de três dos quatro moradores participantes da pesquisa nesse SRT (entrevista com cuidadora).

Figura 16: Varanda Casa de Rodas: três moradores ancorados



Fonte: *Acervo da pesquisadora*, 2017.

Em relação às áreas externas desse SRT, elas aparecem, sobretudo, como *territórios operacionais*, quando as trabalhadoras vão deslocando os moradores de seus quartos para a varanda à medida que terminam o seu cuidado: banhos, trocas e às vezes alimentação. Ao promoverem o seu deslocamento, as cuidadoras comunicam, tanto para suas colegas como para os próprios moradores, quais são os que já estão prontos e quais os que ainda precisam de atenção nesse sentido do cuidado. Assim, ao observar a organização do espaço, as cuidadoras se informam sobre o andamento dessas atividades. Ao organizarem os moradores dessa maneira, elas também parecem esvaziar os cômodos internos para que a limpeza seja feita.

Há dias, no entanto, que alguns moradores se manifestam, demandando permanecer no quarto ou sair da varanda antes do horário previsto pelas trabalhadoras. Como discutido acima, é necessário tempo e disposição das trabalhadoras para que essas manifestações sejam compreendidas. Dessa maneira, ao pensar sobre a capacidade de mobilidade desses moradores (KAUFFMAN, 2014), noto que mesmo deslocamentos pequenos e curtos requerem deles o investimento de uma quantidade de energia, aparentemente desproporcional, se levarmos em consideração os deslocamentos observados nas outras duas casas. Para que seus gestos ou falas alcancem o interlocutor e provoquem sua ação, às vezes é necessário repeti-los à exaustão. Na Casa de Dom Pedro, Neguinho também se vale dessa estratégia, repetindo sua demanda incansavelmente, com a diferença de que consegue seguir as trabalhadoras por onde vão. Talvez por isso esses momentos nesse SRT sejam um pouco mais tensos.

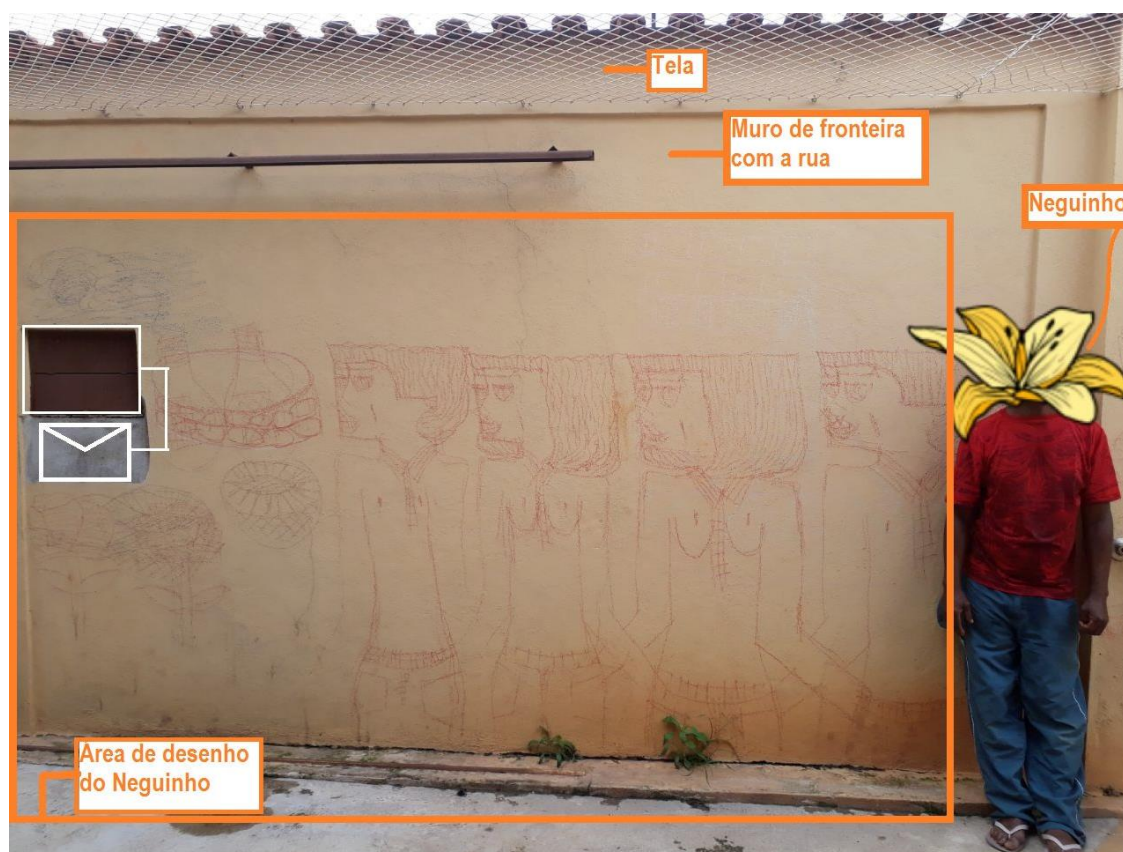
Casa de Dom Pedro: o artista e o dono do puff no “Salão de Dom Pedro”

A varanda dessa casa apresenta três sinais das formas de uso que os moradores fazem dela, sinais esses que apontam na direção da apropriação desse espaço de maneira bastante peculiar. O primeiro deles diz respeito ao nome do cômodo, batizado por Raquel como “Salão de Dom Pedro”, onde há, exposto em suas paredes “as pinturas do nosso artista, o Neguinho” (sic) (caderno de campo). Por fim, Tião é outro morador que constrói um território seu nesse espaço, se ancorando em um puff, reconhecidamente seu.

Em relação ao espaço físico, ela guarda uma diferença para as outras duas áreas externas já apresentadas: ao mesmo tempo em que não permite a visualização da rua, o muro que delimita o espaço dessa casa está muito mais próximo da parte construída do

Figura 17: Varanda Casa de Dom Pedro, Neguinho posando ao lado do seu trabalho, vista do muro que faz fronteira com a rua

imóvel, o que faz dessa varanda um pouco menos espaçosa que as demais, como podemos ver nas figuras abaixo. O menor espaço não se reflete, no entanto, em usos menos frequentes. Como relatado acima, a varanda é largamente utilizada pelos moradores.



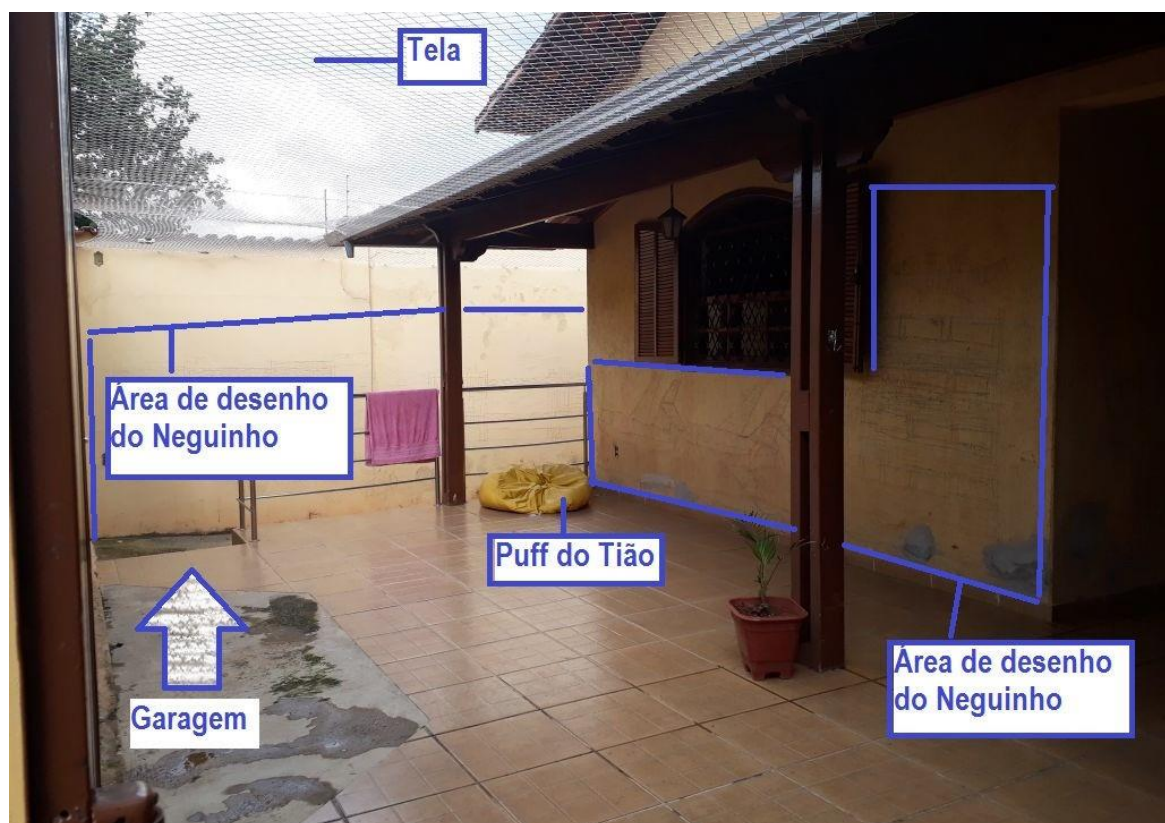
Fonte: *Acervo da pesquisadora*, 2018.

Outra diferença que aparece aqui é uma tela instalada ao longo de todo o espaço aéreo da casa (figuras 17 e 18 – acima e abaixo) que tanto se interpõe à vista do céu, impede que objetos sejam lançados nessa direção, alcançando territórios vizinhos, bem como dificulta que Neguinho pule por cima do portão. Explicando sobre a colocação desse anteparo, a supervisora diz:

eu acho que a tela, pros moradores e para o caráter de residência, não combina. Mas a gente também precisa entender um pouco como que é a vizinhança, o nosso direito, o direito dos moradores, o direito da vizinhança. Eu penso que no futuro pode ser retirado, mas não sei daqui a quanto tempo. Eu acho que no momento elas são necessárias para que a residência pudesse permanecer. Para que não houvesse agressão aos moradores, para que tivesse uma relação boa com a vizinhança. Mas hoje, Neguinho sai pelo portão, não pula mais o portão. Pulou umas duas ou três vezes depois da instalação da tela. Foi em Maio a última vez que ele pulou. A relação com a vizinhança melhorou. Pelo que eu ouço, havia um movimento de expulsão dos moradores mesmo. Hoje eu vejo que eles aceitam mais os moradores. [...] As informações sobre insatisfação da vizinhança são trazidas pela proprietária da casa. Quando eu saio com eles [moradores] pela rua, eles são bem tratados, chamados pelo nome pela vizinhança [entrevista supervisora].

Essa citação nos mostra que nessa casa, os processos de *construção e habitação* do espaço passam também por negociações com a vizinhança, nos lembrando que a casa está inserida em uma rua, que pertence a um bairro e portanto, à cidade.

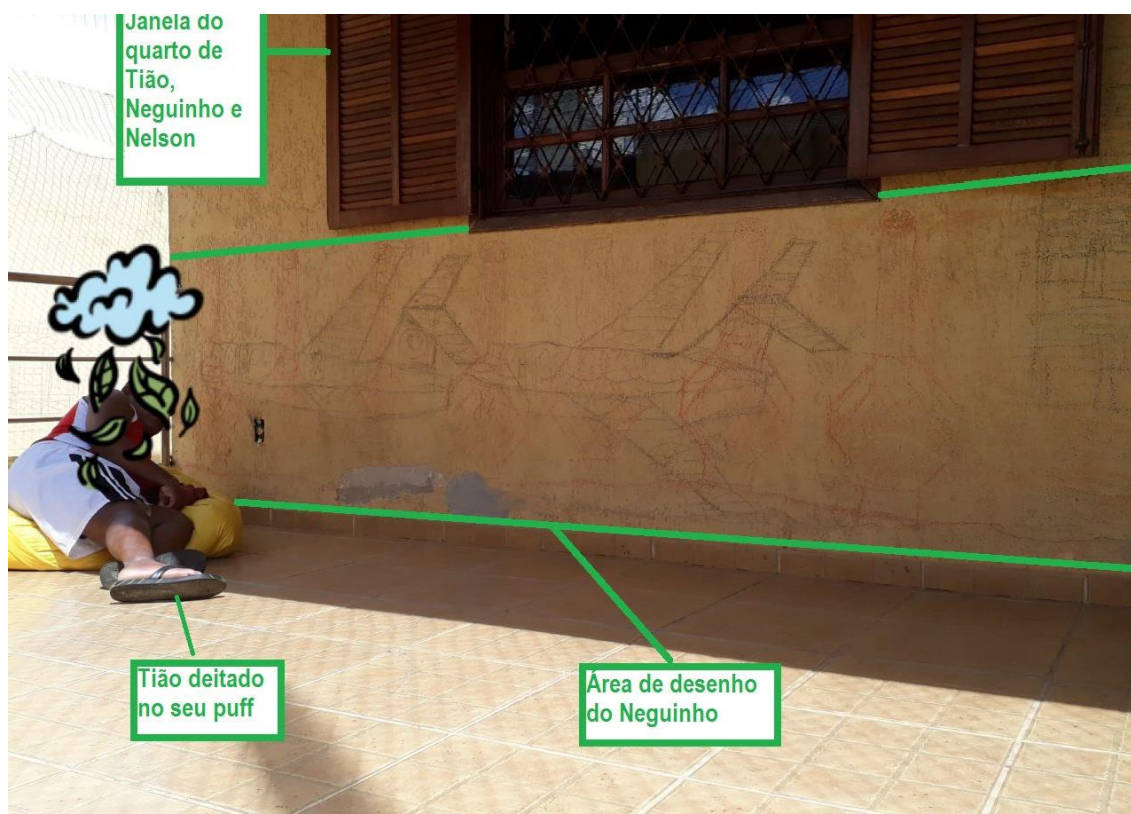
Figura 18: Varanda Casa de Dom Pedro, vista do portão de entrada



Fonte: Acervo da pesquisadora, 2018.

Além da tela que pode ser vista na figura acima, chamo a atenção para o puff amarelo, o “Puff do Tião”. Esse é um lugar de ancoragem do morador, no qual ele passa grande parte do seu tempo, à maneira como está retratado na figura abaixo.

Figura 19: Varanda Casa de Dom Pedro: Tião no seu puff



Fonte: *Acervo da pesquisadora*, 2018.

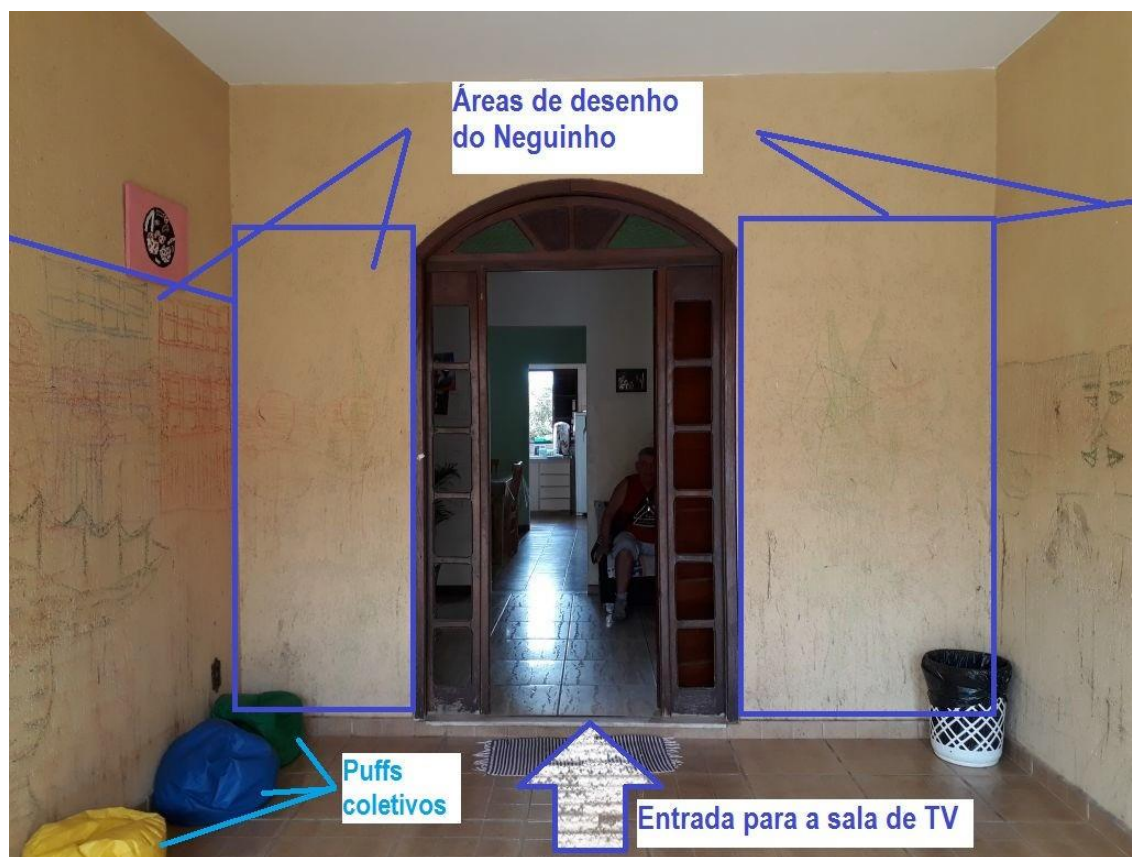
É também para esse território que Tião leva os cobertores que consegue pegar do varal e com os quais se cobre, mesmo em dias muito quentes. O movimento de pegar roupas compõe as práticas de mobilidade desse morador desde sua internação no hospital transitório, se constituindo como uma marca da sua mobilidade. Lá a equipe se surpreendeu com uma função inusitada dada às roupas por esse usuário: Tião, que costumava andar só de cueca, gastava boa parte do seu dia recolhendo roupas pelo hospital fora, estocando-as debaixo do seu braço e se ancorando a lugares específicos para trabalhar nelas. Esse trabalho consistia em rasga-las, geralmente cortando suas mangas e vesti-las em seguida.

A supervisora desse SRT explica em entrevista que ele tanto tem rasgado menos roupas no espaço da casa, como tem suportado ficar mais tempo vestido, o que tem aumentado sua presença em espaços fora da casa, como o Bar do seu Antônio. Além disso, no período da realização da pesquisa, ela localizou que Tião tem voltado sua atenção mais para os cobertores, talvez por esse ter sido o objeto permitido pela instituição como aquele de interlocução entre o morador, trabalhadores, demais moradores e o espaço. Parece haver um acordo entre as trabalhadoras para permitir que

Tião fique com um, dentre os objetos que deseja pegar, sob sua guarda, sendo esse objeto um cobertor/edredom. Para a supervisora da casa, “ele também usa um edredom, que ele usa como um ponto de equilíbrio, que faz os limites do corpo dele” (sic) (Entrevista supervisora). Quando, no entanto, pega uma roupa, a tensão entre ele e as trabalhadoras fica de certa forma, exacerbada. Isso porque algumas dessas roupas pertencem a outro morador, podendo ser um uniforme de escola ou uma peça querida pelo seu dono.

As práticas de mobilidade de Tião influenciam diretamente aquelas das cuidadoras, uma vez que elas relataram que precisam intervir às vezes nos espaços da casa, trancando portas para restringir o acesso do morador ao quintal, e outras com o próprio morador, na tentativa de dissuadi-lo de sua ação. Quando nada é suficiente para barra-lo, elas precisam intervir com o seu corpo, tentando tomar-lhe a peça de roupa da qual se apropriou. Essa tensão era observada cotidianamente no hospital, embora, talvez pelo fato do tamanho, número de usuários, número de trabalhadores e também pela relação que os usuários estabeleciam com as roupas que tinham lá⁷⁶ essa tensão era um pouco mais diluída. Às vezes eu tinha a impressão que esse hábito de Tião não era um problema para a maioria dos usuários internados e muitos trabalhadores do hospital, diferentemente da maneira como apareceu colocada pelas cuidadoras e supervisora. Nas falas, elas se preocupam com o fato dele pegar roupas que não o pertencem. No hospital isso não tinha como ser uma preocupação, uma vez que as roupas eram coletivas.

⁷⁶ No hospital não era possível separar as roupas conforme seu dono. Esse esforço foi tentado, mas pelo fato da roupa suja ser lavada em outro espaço, pelo volume de roupas e, novamente, pelo número de profissionais, os trabalhadores do Hospital Transitório afirmavam que era impossível realizar tal separação. Foi feito um trabalho de tentativa de apropriação dos armários no próprio hospital, mas devido aos hábitos de alguns usuários, tais como Tião, e também à rotina hospitalar, o trabalho não foi para frente.

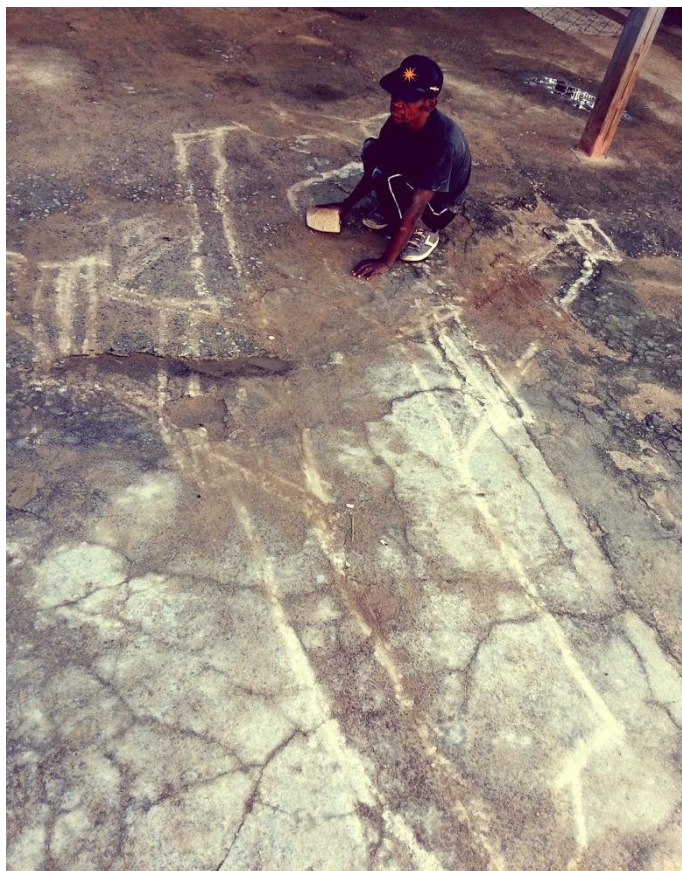


Fonte: *Acervo da pesquisadora*, 2018.

Ainda em relação às figuras da varanda desse SRT, chamo a atenção para as paredes do entorno, todas desenhadas com “obras de arte do nosso artista, o Neguinho” (sic), conforme me explicou Raquel ao me apresentar o cômodo. Raquel é uma moradora de 55 anos, que passou 23 anos internada em hospitais psiquiátricos de Belo Horizonte. Nos conhecemos no Hospital Transitório, onde tínhamos uma relação bastante afetiva. Raquel é uma mulher trans muito vaidosa, foi ela quem, na maioria das vezes em que estive no SRT, me acolheu, recepcionou e ciceroneou pelo espaço, retomando os nomes que me dava quando convivíamos no hospital. Sempre preocupada em me servir algo de comer, ela se colocou como uma delicada anfitriã durante a realização da pesquisa, sendo a única a apresentar tal comportamento durante a observação.

As obras expostas de Neguinho, como Raquel me explicou, estão por todas as paredes da varanda, mas também dentro de alguns cômodos da casa. Na varanda há alguns de seus clássicos, desenhos que fazia desde o Hospital Transitório, como os dois bustos e o avião.

Figura 21: Neguinho desenhando avião no chão do Hospital Transitório



Fonte: *Acervo da pesquisadora*, 2014.

Observei, no entanto, a produção de imagens que nunca haviam aparecido no Hospital Transitório, como a lâmpada, os peixes, o fogão a lenha, a lancha. Ainda no hospital, Neguinho gastava horas do seu dia fazendo desenhos gigantescos no chão do pátio. Ali, entretantes, durante toda sua estadia, que foi de aproximadamente 3 anos, quase nunca aceitava outra forma de desenhar, era sempre com seus cacos de concreto ou tijolo e no chão. Neguinho era um ativo construtor do espaço do Hospital Transitório, não só pelos desenhos que fazia no chão, mas pelos espaços que erigia como os lugares do esconderijo dos seus materiais, dialogando com o que Heidegger compreendia como construção (HEIDEGGER, 1951).

Era ele quem determinava a hora do seu desenho, irrompendo para essa atividade inclusive em momentos inusitados como durante a madrugada. Há relatos no prontuário do usuário de que os trabalhadores, na tentativa de impedi-lo de acessar o pátio em hora tão avançada, ofereciam a ele papel e lápis, para que desenhasse na

própria enfermagem, mas quase nunca ele aceitava essa oferta, conseguindo alcançar o que desejava (relatos dos prontuários).

A forma como Neguinho se relaciona com os espaços tanto da casa, quanto do Hospital Transitório, parece ilustrar aquilo que venho discutindo, ancorada em Raffestin sobre a transformação do espaço em território. Segundo o geógrafo, essa transformação acontece a partir da ação de construção do ator, que comunica as suas intenções e a realidade material por intermédio de um sistema sêmico, transformando o espaço em uma imagem, ou em outras palavras, o espaço é visto e/ou vivido. Para este ator, o espaço se transforma em território quando ele é tomado em uma relação social de comunicação (RAFFESTIN, 1993).

Enquanto alguém que já conhecia Neguinho, me surpreendeu o deslocamento de suas obras tanto em relação ao lugar, como em relação ao material usado e também ao conteúdo produzido. Me marcou a forma como Raquel o apresentou, demonstrando que além de morador ele é reconhecido pelos habitantes e trabalhadoras como um artista. Por fim, pensei também nas trabalhadoras da casa, que tanto permitem que os desenhos sejam feitos e mantidos nas paredes, possibilitando inscrições subjetivas no seu espaço, como reconhecem a rampa como o território do morador, diminuindo desgastes que poderiam decorrer de uma posição de disputa por esse território.

No hospital, essa ação de desenhar no chão era interpretada por alguns trabalhadores, sobretudo pelo corpo médico, como sintomas da loucura e seus desenhos em alguns momentos, como rabiscos incompreensíveis no chão.

Em função da dificuldade de acesso aos banheiros do hospital, pelos usuários, e também pelos hábitos que traziam da vida na Clínica Serra Verde, muitos deles faziam suas necessidades fora do banheiro, em locais dos mais diversos. Por causa também disso, o hospital precisava ser lavado diariamente. O pátio principal, além de ser um espaço usado como banheiro e portanto, conter fezes e urina, era também por onde a água da lavagem do interior do hospital escoava. Esse pátio era um dos territórios de Neguinho.

Me lembro de conversar com as trabalhadoras da limpeza do hospital e elas dizerem do conflito que era esse momento de lavagem e escoamento da água, já que implicava não só no apagamento do desenho realizado pelo usuário, como também em uma intervenção em um espaço que ele havia elegido e construído como um território para si. Como ele não cedia em relação a esse ponto, as trabalhadoras precisavam desenvolver estratégias para cumprir sua função, tais como, aguardar o momento em

que Neguinho não estivesse usando o pátio ou conquistar certa permissão do usuário. Não era raro, no entanto, que houvesse um clima de tensão nessa espécie de disputa pelo uso do pátio.

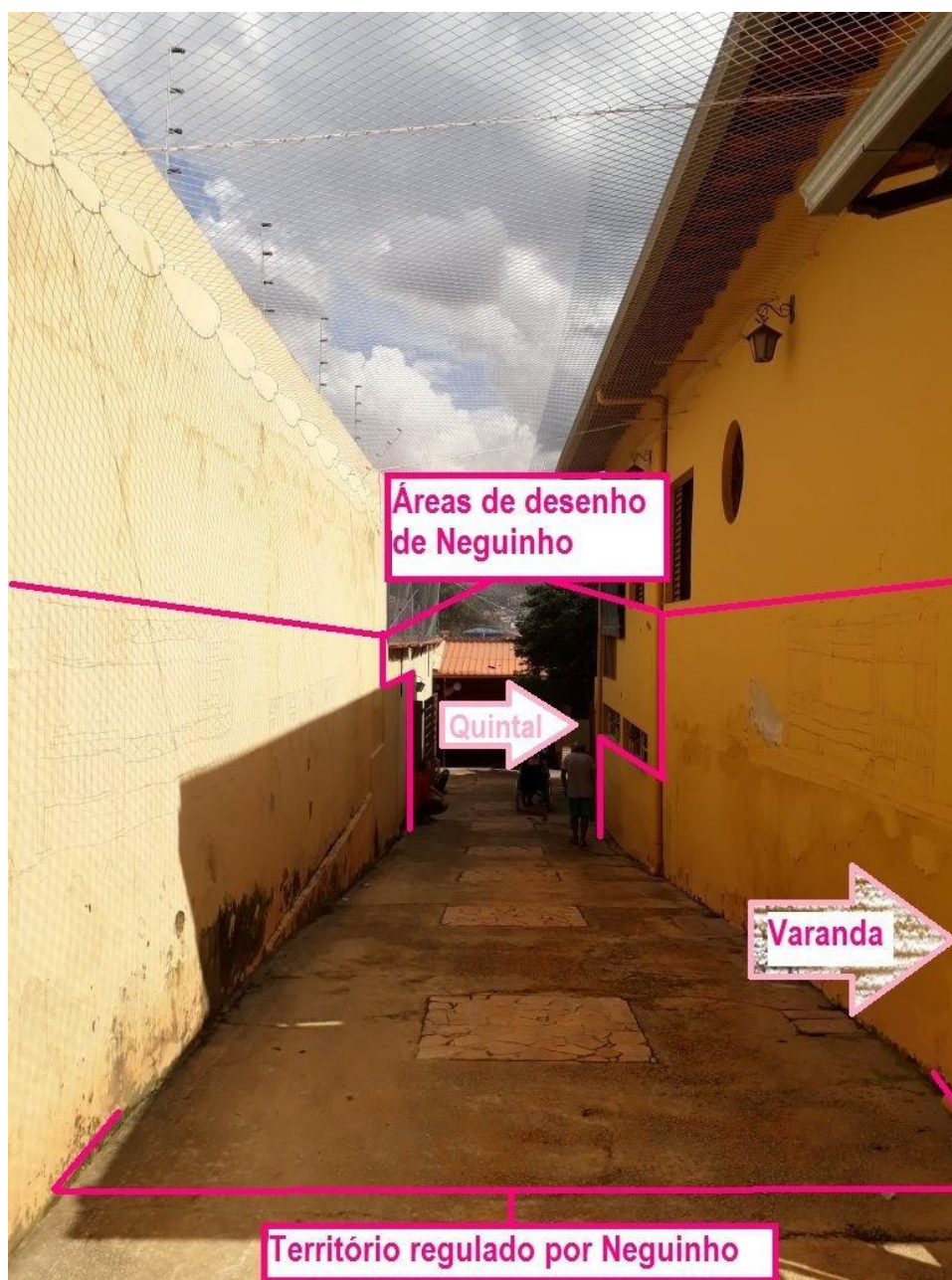
Avalio ser importante e interessante ressaltar aqui como o problema do uso dos banheiros do hospital, que será abordado também mais adiante, influenciou na forma como os usuários utilizaram os outros espaços e conseqüentemente, como os trabalhadores precisaram se organizar a partir desses usos.

Voltando às varandas dos SRT, elas foram localizadas como espaços frequentados por todos os moradores das três casas assumindo ora função de sociabilidade ora de operacionalização, mas também de intimidade e de particularidades. Essa variação de função do espaço é observada a partir do momento em que os sujeitos da pesquisa são considerados como “atores sintagmáticos que produzem territórios” (RAFFESTIN, 1993, p.9). Disso decorre que os espaços, não sendo entidades descoladas nem do tempo, nem da forma como são usados, assumem relações dinâmicas com os outros elementos.

3.4.e: A Garagem da Casa de Dom Pedro: quando o espaço coletivo tem uma gestão particular

A Casa de Dom Pedro trouxe para essa seção também os espaços do quintal e da garagem. O que estou chamando de garagem é uma rampa, localizada ao lado da varanda, como se pode ver na figura abaixo. Essa característica foi crucial para que Neguinho fizesse parte dos usuários que comporiam o quadro de moradores dessa casa. Devido à sua atividade de desenho, no momento da montagem e organização dos SRT, ainda no Hospital Transitório, a Equipe de Desinstitucionalização considerou decisivo que o imóvel para o qual Neguinho se mudaria deveria contar com um espaço que lhe permitisse desenhar. Esse espaço deveria ser de concreto, para que ele pudesse, assim como fazia no hospital, riscar o chão e apagar e riscar e apagar novamente, tantas vezes quanto quisesse. A equipe havia percebido que essa espécie de ritual tinha uma importante função na organização do cotidiano do usuário, aprendendo sobre a potencia desorganizadora que a privação dessa atividade poderia produzir⁷⁷.

⁷⁷ Em Setembro de 2013 Neguinho caiu de um muro que pulava diariamente no Hospital Transitório, em decorrência da colocação de cerca elétrica nesse muro, para evitar justamente seus pulos. Neguinho teve uma fratura grave no pé precisando ficar de repouso por 90 dias, segundo recomendação médica. Foram



Fonte: *Acervo da pesquisadora*, 2018.

usadas diversas estratégias para mantê-lo no leito, mas o impedimento de desenhar no chão do pátio causou grande desorganização e sofrimento para o usuário, de maneira que, mesmo com o pé quebrado e engessado, ele conseguia fugir do leito para realizar tal atividade no pátio (memórias do hospital).

Assim, o imóvel da Casa de Dom Pedro oferecia as condições necessárias para que Neguinho seguisse através também de seus desenhos, se comunicando com o mundo. O espaço que ele escolheu para tanto, foi aquele da garagem, como discutimos no início desse capítulo. A garagem se coloca, então, como um território particular para ele por duas vias: pela própria função de tela para desenho, uma relação bastante idiossincrática desenvolvida entre esse sujeito e o espaço; e também por se colocar como lugar final de um circuito cotidiano que ele desenvolve.

Todos os dias Neguinho pede para ir à rua, usando para tanto diversificadas estratégias: choro, gestos, barulhos, desenhos. Dentre os diferentes circuitos que ele descreve sozinho na rua, um deles o leva até o sacolão e o traz de volta ao SRT, como pode ser visto no mapa da figura abaixo. A linha vermelha indica a rota que ele percorre, os círculos indicam o SRT, que é o lugar de partida e para o qual ele retorna, e o sacolão, um dos lugares que acessa quando sai. As setas à esquerda mostram a direção da primeira etapa do percurso, SRT-sacolão, e aquelas à direita, a direção do retorno, sacolão-SRT. Segundo as trabalhadoras, Neguinho não costuma demorar mais de 15 minutos nessa rota, e sua frequência varia entre uma e duas vezes ao dia. No seu percurso ele passa por diferentes comércios onde já é conhecido dos frequentadores, trabalhadores e também proprietários.

Figura 23: Percurso Neguinho SRT – Sacolão, Sacolão – SRT



Fonte: *Google Earth*, 2018.

Para iniciar o circuito, Neguinho demanda, através de gestos e sons, que as trabalhadoras da casa abram o portão para ele, às vezes também demanda por dinheiro⁷⁸. Quando encontra uma negativa, o morador é surpreendentemente insistente, seguindo as cuidadoras em seus percursos pela casa até que ele ou elas se cansem. Se há alguém de fora ele também aborda essa pessoa, pedindo que o leve na rua ou o permita sair. Segundo o relato de uma das cuidadoras, quando Neguinho sai só, é para ir ao sacolão pegar frutas; quando ele demanda companhia, é porque quer comprar refrigerante ou iogurte no supermercado (caderno de campo). Isso porque tem o hábito de pegar frutas sem pagar e tal façanha se torna ainda mais desafiante na presença de alguma trabalhadora do serviço onde mora. Há uma distância de quatro quarteirões do SRT fica o sacolão onde ele costuma frequentar, conforme visto na Figura 23. Corre um boato no bairro de que ele foi apelidado de Melão, por gostar e pegar essa fruta no sacolão. A relação de Neguinho com esse estabelecimento é conflituosa, como explicou a supervisora em uma conversa (entrevista supervisora).

A origem do conflito, no entanto, não é nova, tendo sido experimentada também durante sua estadia no Hospital Transitório. O morador tem o hábito de pegar as frutas do estabelecimento sem pagar, o que resulta na necessidade de constantes diálogos entre a supervisora do SRT e o gerente do sacolão.

Nessas conversas a supervisora expõe, com detalhes, a história do morador, contando da sua trajetória de reclusão social e dos efeitos que o acesso à cidade tem provocado nele. Ela também conta ao trabalhador do sacolão sobre a rede de saúde mental de BH, localizando politicamente o SRT ao mesmo tempo em que o localiza geograficamente como um ponto próximo ao sacolão. Ela explica que sugere orientações em relação às condutas de Neguinho no sacolão, tais como, abordá-lo e questioná-lo quando tiver pegando as frutas, mostrando através de gestos que ele precisa pagar por aquilo. A conversa, no entanto, não é fácil, pois o gerente se recusa a abordá-lo ou tentar manejar com ele, oferecendo como sugestão que as frutas que ele pegar sem pagar, sejam anotadas e depois cobradas do SRT. A supervisora, por sua vez, não avalia que essa seja uma estratégia que esteja de acordo com a função do SRT, uma vez que dessa maneira, Neguinho não será ensinado sobre os limites da vida em sociedade (caderno de campo).

Essa situação ilustra com clareza uma forma de funcionamento na qual o SRT foi colocado na função de informar sobre a história do usuário, problematizar tanto a atuação de Neguinho, como a do próprio sacolão e sugerir estratégias de conduta, operando com traços daquilo que é conhecido através de Foucault (AGAMBEN, 2005)

⁷⁸ O morador recebe um benefício mensal que fica depositado em sua conta no banco, como explica a supervisora, “o dinheiro fica todo no banco, mas na casa há um pouco para situações de emergências e uma reservazinha para lanches e passeios diários, compra de roupa, medicação ou outras coisas” (sic).

como dispositivo⁷⁹. Dessa maneira o serviço se projeta para além de suas fronteiras, atuando no espaço da cidade com a vizinhança do SRT, alavancado pelas práticas de mobilidade de Neguinho.

Diante do exposto acima, podemos notar que Neguinho faz o uso previsto pela Equipe de Desinstitucionalização para o espaço da garagem da casa, construindo ali um território de ancoragem que integra as práticas de mobilidade do morador para fora da casa. Apesar de guardar semelhanças com o uso do espaço do pátio do Hospital Transitório, sobretudo em relação à regulação do espaço, observei um interessante deslocamento desse uso, no que diz respeito aos desenhos feitos com giz de cera nas paredes da garagem. Também é interessante notar que em relação à configuração dos espaços da casa, a garagem parece fazer uma importante ligação entre a área externa da varanda e do quintal, conforme discutirei abaixo.

3.4. f: Problematizando as práticas de mobilidades nas áreas externas dos SRT

Na Casa de Dom Pedro o quintal se situa ao final da rampa da garagem, sendo seu acesso viabilizado por essa mesma rampa ou pelas escadas que saem dos fundos da cozinha. Houve apenas uma citação marcada na qual esse espaço foi colocado como um território de encontro, uma vez que a situação observada foi protagonizada pelas moradoras Lila e Raquel, uma cuidadora e eu. Na ocasião, Lila e eu apanhávamos jabuticabas do pé que há no quintal e as comíamos juntamente com os demais.

Na Casa de Rodas não há quintal e na Casa de Maré ele se configura como um espaço de passagem ou de operacionalização do cotidiano de cuidados com a casa, onde as cuidadoras lavam e estendem as roupas no varal para secar. Ele foi raramente acessado pela maioria dos moradores, durante a pesquisa, por dois motivos que podem estar atrelados: a falta de interesse e vontade dos próprios moradores e sua acessibilidade, já que é preciso descer escadas para chegar ao local (caderno de campo). Assim, pensando em termos de motilidade, esbarramos em dificuldades encontradas nos três eixos elencados por Kaufmann(2014): acesso, competência e apropriação.

Se constatamos que a capacidade de mobilidade dos moradores apresenta fragilidades nesses três eixos, é conveniente pensar que o elemento estrutural da relação,

⁷⁹ Como explicado por Agamben: “um conjunto heterogêneo que inclui virtualmente (...) discursos, instituições, edifícios, leis, medidas de segurança, proposições filosóficas. O dispositivo em si mesmo é a rede que se estabelece entre esses elementos. [...] o dispositivo tem sempre uma função estratégica concreta e se inscreve sempre em uma relação de poder” (AGAMBEN, 2005, p. 9)

o imóvel desse SRT, poderia conter, como pontos fortes, a facilidade de acesso aos seus espaços. Diante disso, é possível pensar que o fato do imóvel da Casa de Dom Pedro permitir o acesso ao quintal por uma rampa e ter a presença de uma jabuticabeira, se constituem como pontos fortes para esse acesso. No entanto, o próprio perfil dos moradores desse SRT difere bastante do perfil das outras duas casas, o que nos indica que a *motilidade* mesma desses moradores (da Casa de Dom Pedro) parece ser um pouco maior do que a dos demais.

Por outro lado, outra diferença entre os imóveis das Casas de Maré e de Dom Pedro deve ser considerada nessa análise: a forma com a qual a fronteira de separação entre casa e rua se configuram nesses dois espaços. Na Casa de Maré, como visto na figura 15 a vista para a rua é permitida pela grade divisória e, sendo a varanda mais mencionada do que o quintal, nos permite pensar que os atrativos do primeiro espaço sobreponham, além das dificuldades de acesso, os do segundo. Na Casa de Dom Pedro, a varanda também é categorizada mais vezes do que o quintal, mesmo com a facilidade de acesso a esse último, a maior motilidade de seus moradores e a divisória com a rua em formato de muro, o que, seguindo a lógica anterior, ofertaria menos atrativos a esse espaço.

A própria supervisora desse SRT comenta o fato do pouco uso do quintal, entendendo como um dos desafios do seu trabalho, criar estratégias para torna-lo mais habitado⁸⁰. Ela explica

a varanda é um lugar de estar para eles, que eles conseguem ver quem chega, quem entra, um lugar que eles conseguem ver o que tá acontecendo na casa. Deitam no chão, tomam o sol, porque aqui no Barreiro é muito frio. Penso em colocar rede na varanda da frente. (...)A proximidade da rua é algo que influencia muito (entrevista supervisora Casa de Dom Pedro).

Ela fala que tem pensado em estratégias como promover que o café da tarde seja servido no quintal para estimular o uso desse outro espaço. Assim, além dos elementos colocados acima a própria supervisora aqui aparece como um ponto forte na viabilização dos acessos e usos dos espaços da casa.

A partir da observação e análise das mobilidades nas áreas externas das três casas é possível começar a traçar algumas características de cada um dos serviços baseados em movimentos que se repetem e naqueles que nunca acontecem nesses espaços. Vimos nessa seção que na Casa de Rodas os espaços externos são utilizados, sobretudo como lugares de ancoragem para viabilizar a rotina de cuidados com a casa e

⁸⁰ Habitado aqui está sendo empregado como sinônimo de usado.

com os moradores das trabalhadoras, ao mesmo tempo em que podem ser usados pelos moradores para “esquentar no sol” (entrevista cuidadora). Colocados muitas vezes na companhia de outros moradores, eles precisam investir energia para serem ouvidos pelas trabalhadoras quando querem se movimentar para outro lugar. Assim, nas áreas externas dessa casa há um predomínio da quietude sobre o movimento, da presença dos moradores entre seus pares e das cuidadoras como alavancas que precisam ser acionadas para disparar o movimento.

Na Casa de Dom Pedro a varanda ocupa um lugar simbólico para uma das moradoras, sendo o “salão de Dom Pedro” que está repleto de pinturas do artista que mora ali naquela casa (caderno de campo). A forma com a qual o espaço é organizado, sobretudo pela presença das pinturas do Neguinho, já demonstra que a casa foge bastante de formas de organizações habituais, se diferenciando também das outras duas casas participantes da pesquisa. Aqui a presença constante de todos os moradores no seu espaço externo, sobretudo a varanda, é marcada de maneira equilibrada por quietudes e movimentos, sendo Tião, Nelson e Lila representantes do primeiro grupo, enquanto Raquel, Neguinho e Pai Ioiô representam o segundo. Os movimentos das cuidadoras aparecem aqui menos como aqueles para operacionalizar sua rotina de cuidado com a casa e com os moradores e mais como movimentos de encontro com os moradores, movimentos de mediação das relações entre eles. Chama a atenção também a regulação dos espaços externos que alguns moradores exercem, como Neguinho faz com a garagem.

Na Casa de Maré há presença bastante significativa e frequente de muitos moradores no espaço da varanda, revelando ritmos dos movimentos de alguns deles. As presenças do sofá e das grades que permitem ver a rua pareceram significativas para as formas de uso do espaço. O fato de o almoço ser servido ali, se revelou único entre as três casas, demonstrando também por isso, o protagonismo da varanda nas rotinas do serviço.

3.5 :Práticas de mobilidade nos espaços da casa: áreas internas

Tendo delineado algumas formas e usos dos espaços externos dos SRT, me dedico agora a observar e analisar os espaços internos. Começarei pelos espaços coletivos, as salas, copas e cozinhas; em seguida, entraremos nos espaços operacionais, como as despensas e escritórios; por fim, chegaremos aos espaços projetados para maior privacidade: quartos e banheiros.

3.5. a: Espaços coletivos: salas, copas, cozinhas

Os usos dos espaços das salas nas casas pesquisadas as transformaram nos quatro territórios descritos anteriormente: territórios de encontro, de intimidade, território operacional e território particular. As três salas possuem televisões e assentos, seja em formato de poltrona ou de sofá, posicionados para que os programas que passam na telinha sejam assistidos de maneira confortável. Nas Casas de Rodas e de Dom Pedro, além da TV, as salas possuem objetos de decoração nas paredes, como quadros e fotos dos moradores.

Durante a pesquisa, as salas se configuraram como espaços que abrigam as seguintes situações e movimentos: o uso e interação com a televisão; os momentos de encontro e proximidade entre moradores e entre moradores e trabalhadoras; momentos de descanso de moradores e trabalhadoras. Em alguns dos SRT a TV se coloca como o agenciador desse encontro, em outros a presença das cuidadoras no local é o que atrai os moradores e em outro ainda, a concentração dos moradores no espaço aparece como um movimento cotidiano e peculiar dos habitantes daquela casa.

A sala da Casa de Rodas: a televisão como disparador da mobilidade

A sala da Casa de Rodas abre espaço para que dois de seus moradores protagonizem interações com a TV e com os demais moradores e trabalhadoras. Tais interações são marcadas por sentimentos e atitudes, o que, para o perfil dos habitantes dessa casa, não é algo que se observe com facilidade. A TV é colocada nessa relação não como um objeto, mas ganha contornos vivos à medida que desperta, nesses dois moradores, sentimentos que os levam a interagir diretamente com os personagens da tela, se reposicionarem nos seus assentos, se direcionarem a outros moradores regulando

a ocupação do espaço, etc. Atuando como verdadeiros amantes, Tereza e Felipe sofrem, comemoram, se emocionam e protestam ao assistirem seus programas preferidos, quais sejam: “Balanço Geral” da Record e os jogos do cruzeiro, respectivamente.

Em relação à Felipe, um morador de 44 anos, internado por 25 anos, a paixão pelo time de futebol já aparecia desde a época do Hospital Transitório, onde ficava na ala dos acamados, pela gravidade clínica de seu quadro. Ali, construiu parcerias com trabalhadores dos mais diversos do hospital. Apesar da sua imobilidade física Felipe provocava através de sua fala embolada, do seu bom humor e da paixão pelo time de futebol, o movimento de trabalhadores da cozinha, da limpeza, da enfermagem e da equipe de desinstitucionalização, que se deslocavam cotidianamente até a ala para ver-lhe ou lhe trazer algum agrado. Apesar da incapacidade de se movimentar autonomamente, ele se valia de outros recursos para conseguir pôsteres e fotos dos jogadores do Cruzeiro. Além disso, era o único usuário que tinha uma TV, na qual assistia aos jogos do campeonato, sobretudo os do seu time.

No SRT, a paixão pelo time continua refletindo na construção de alguns espaços: os únicos enfeites que tem na parede do quarto que divide com Bela são um pôster do elenco e o cartaz da raposa, mascote do time. Nas entrevistas, o futebol apareceu como potente motivador do movimento de Felipe ou do movimento que ele faz gravitar em torno de si. Nos dias de jogo televisionado, ele fica acordado até mais tarde e chama as trabalhadoras “na hora certinha do jogo” (sic) (entrevista com cuidadora) para ser levado para a sala de TV para assistir à partida. Quando não há transmissão pela TV, Felipe aciona as trabalhadoras para que sintonizem o seu radinho na estação que transmite a narração do jogo, acompanhando o time do seu próprio quarto.

O gosto pelo futebol é tanto que extrapola os espaços da sala, levando-o para fora da casa, como pode ser visto na figura 24, abaixo. As cuidadoras contam que ele assistiu à final da copa do Brasil de futebol, de 2016, na pracinha próxima ao SRT, juntamente com outros moradores do bairro. A supervisora relatou durante a pesquisa que a vizinhança fez modificações urbanas para facilitar a mobilidade dos moradores do SRT: fizeram rampas nas calçadas da rua e da pracinha, viabilizando a passagem da cadeira de rodas (caderno de campo). Em alguma medida esse tipo de relação com a vizinhança também foi encontrado na pesquisa de Binkowski(et. al., 2012), quando os autores relatam sobre a cidade e também a vizinhança como um espaço de trocas.

Figura 24: Percurso percorrido por Felipe para chegar até a pracinha e assistir o jogo do Cruzeiro.



Fonte: *Google Earth*, 2018.

Tendo em vista essas duas situações, aquela produzida por essa pesquisa e aquela relatada por Binkowski(et. al., 2012) o trabalho de outro grupo de autores aponta para uma interessante discussão. Veloso (et. al., 2012) se dedicaram a pensar nessa integração do SRT com a comunidade vizinha a partir do estudo dos sentidos produzidos por pessoas, que moram nas proximidades dos serviços, em relação ao próprio SRT como também às pessoas que nele habitam. Nesse estudo, os autores verificaram que ao SRT foi atribuída, pela vizinhança, a mesma função dada aos hospitais psiquiátricos, o que nessa pesquisa foi colocado como “separar da família e da sociedade certos doentes mentais com os quais não se pode conviver” (VELOSO, et. al., p. 148, 2012). É significativo também o que constata os mesmo autores sobre o isolamento do SRT pesquisado em relação aos demais espaços da vizinhança (VELOSO, et. al., 2012), demonstrando que muito desses sentidos produzidos se devem à falta de conhecimento dessa vizinhança sobre o SRT.

Isso pode ser diretamente relacionado com a fala da supervisora da Casa de Rodas quando ela diz que o movimento de intervenção no espaço urbano com vistas a favorecer a mobilidade dos moradores do SRT partiu da própria vizinhança após ter conhecimento de que ali naquele imóvel seria aberto um SRT (caderno de campo). Embora a própria supervisora explique que a vizinhança não tem muita clareza do que

seja um SRT, confundindo muitas vezes o serviço com um asilo, algo também encontrado na pesquisa de Veloso (et. al., 2012) a circulação de informações sobre as habilidades de mobilidade dos moradores se refletiu em uma ação direta em um espaço coletivo do bairro, a pracinha (caderno de campo).

Nos outros dois SRT isso foi observado de maneiras diferentes. Na Casa de Maré a supervisora também relatou que há, entre alguns moradores do bairro, a concepção de que o serviço seja um asilo e movimentos dessa vizinhança para integração da casa ao bairro são feitos no formato de ofertas de visitas ou de algum tipo de suporte para a casa. Essas visitas, segundo a supervisora explicou, acontecem de maneira ativa, quando a vizinhança vai até a casa e se oferece para realizar um trabalho voluntário ali ou para fazer doações de objetos, comidas, móveis. Na visão da supervisora, é positivo que a vizinhança se aproxime do serviço, no entanto, ela guarda algumas questões em relação à forma dessa aproximação, tendo em vista o caráter público do serviço. É interessante notar que diferentemente do movimento descrito no parágrafo acima, aqui o espaço de integração da vizinhança com o SRT se localiza no próprio espaço do SRT. As intervenções propostas têm como objetivo acontecerem dentro da casa e não nos espaços externos a ela.

Na Casa de Dom Pedro essa aproximação parece acontecer em um movimento iniciado dentro do serviço e pelos moradores, mas que extrapola os espaços da casa. São eles que se direcionaram para a vizinhança de formas diversas, quais sejam: lançando objetos na casa do vizinho através do muro, como faz Pai Ioiô; se dirigindo aos vizinhos verbalmente do portão da casa, como faz Raquel; circulando pelo comércio, como fazem todos os moradores da casa. Não foi raro nas minhas incursões pelo bairro, acompanhada ou não pelos moradores dessa casa, perceber que muitos deles são reconhecidos pelos comerciantes como os “moradores daquela casa” (caderno de campo), se referindo ao SRT como uma casa diferente das demais. É interessante ressaltar que em nenhuma das situações que eu presenciei, essa casa foi relacionada, pelos comerciantes, como um asilo ou um hospital psiquiátrico, mas sim como uma casa do governo para pessoas com problemas (caderno de campo).

Retomando a descrição dos movimentos de Felipe, da Casa de Rodas, avalio ser relevante dizer que durante sua internação no Hospital Transitório ele conseguiu mobilizar sua referência para que o levasse até o centro de treinamento do Cruzeiro, a toca da raposa, onde tirou fotos com os jogadores.

Tereza também tem uma relação próxima com o espaço da sala. Mas, ao contrário de Felipe, essa relação só foi desenvolvida ou melhor observada depois que ela chegou na Casa de Rodas. Tereza é uma senhora negra de cabelos brancos que passou 34 anos de sua vida internada em Hospitais Psiquiátricos. Quando chegou ao Hospital Transitório, já não falava, nem andava, revezando-se entre a cadeira de rodas e o leito. Desde lá, no entanto, ela já se comunicava através de sons e gestos, sendo bastante conhecida pela dificuldade que os trabalhadores encontravam em contrariá-la. Se não quisesse tomar banho, trocar de roupa ou comer demonstrava sua vontade, de maneira que os trabalhadores precisavam desenvolver estratégias para cumprir suas tarefas. Já no hospital, Tereza dava conta de indicar onde queria ir e acionar quem passava na sua frente para que conduzissem sua cadeira de rodas na direção desejada. Nem sempre esses recursos eram suficientes para que ela alcançasse o que queria. Tereza, assim como quase todos os usuários cadeirantes do Hospital Transitório, revezava o tempo que passava na cadeira de rodas entre a “sala de TV”⁸¹ e o pátio. No entanto, durante sua estadia nesse Hospital, não demonstrava grande interesse na programação da TV.

Na Casa de Rodas, observei um circuito parecido em relação aos espaços da casa que frequenta: Tereza reveza o tempo em que fica na cadeira de rodas entre os espaços da sala de TV e da varanda. Na sala da casa, no entanto, ela protagoniza cenas que não eram vistas no hospital. Aqui, ela tem uma rotina marcada pelo horário do programa “Balanço Geral”, do qual o apresentador, Mauro Tramonti, ela é grande fã. As trabalhadoras contam que durante as férias de Mauro, Tereza ficava na sala, assistindo ao programa e protestando ao longo de toda sua duração, pela ausência do apresentador. Em dias de observação, pude ver essa interação de perto. Tereza, que geralmente se mantém quieta na sua cadeira, ao assistir o programa, interage com os assuntos que são trazidos através de movimentos: gestos dos braços; gestos com o corpo, que pareciam tentativas de se levantar da cadeira; balbucios e outros sons. Além dessa interação, observei a moradora entrar em conflito com um colega que se posicionou entre ela e a TV, impedindo sua visão (caderno de campo).

A sala dessa casa é uma sala de tamanho médio, o que dificulta a presença simultânea de todos os moradores nesse espaço, devido também ao volume das cadeiras

⁸¹ Local assim denominado pelos trabalhadores que ficava ao lado da ala dos cadeirantes, conhecida com “Ilha”.

de rodas. As trabalhadoras às vezes fazem o horário de descanso nesse cômodo, assistindo TV com alguns moradores, de modo que esse espaço é usado como um território de encontro, tanto entre moradores e trabalhadoras como entre moradores, trabalhadoras e os programas da televisão.

A sala na Casa de Dom Pedro: alternância entre tensão e relaxamento

Na sala desse SRT pude observar, conforme apresentação do espaço feita por Raquel, que alguns dos quadros foram produzidos pelos próprios moradores e que alguns trazem memórias e reminiscências de um passado não tão distante, como quando ela diz que um dos quadros foi pintado por ela e Felipe⁸², ainda no Hospital Transitório. Raquel conta a história de cada um dos objetos de decoração da sala, localizando um quadro de autoria do colega Nelson e desenhos feitos no papel pelo artista da casa, Neguinho, e que estão colados na parede. Raquel esclarece que os desenhos de Neguinho no papel “valem um dinheirão” (sic).

Os porta-retratos que estão na sala, foram aqueles trazidos por Nelson, conforme discutido no capítulo, “Construção do espaço-tempo nos Serviços Residenciais Terapêuticos”, Raquel localiza as fotos: “o Nelson aqui, na praia minha filha! Tem até toalha e esteira!” (sic). A viagem aconteceu em 2016, promovida pelo CERSAM Barreiro. A outra foto parece uma foto profissional, na qual Pai Ioiô está em close. Além dos quadros e fotos, há ainda plantas decorativas e as paredes seguem o mesmo padrão das paredes da varanda: estão todas desenhadas por Neguinho, um desenho se sobrepondo ao outro.

A televisão na sala dessa casa, apesar de estar ligada durante alguns momentos do campo dessa pesquisa, não pareceu ser o elemento central do uso daquele espaço (caderno de campo). Quando ligado, a maior parte das vezes observei o aparelho transmitir programas que os moradores não só assistiam, como pareciam inteirados, como era o caso da novela. Não observei nenhum dos moradores, no entanto, demonstrar relação tão próxima aos programas de TV como aquelas observadas na Casa de Rodas. Além disso, me ancorando nessa sala percebi que ela sedia momentos de proximidade entre os moradores e trabalhadoras, que ora foram marcados pelo relaxamento e tranquilidade, ora pela tensão, quando Neguinho, Raquel ou Nelson

⁸² Trabalhador da Equipe de Desinstitucionalização

faziam demandas para ir à rua ou por cigarros, dinheiro e vale-transporte. Isso fez desse espaço um território também de encontro. Nessa seção ressaltarei a forma conflituosa desse encontro, tendo em vista que essa forma não apareceu nas outras casas.

As cuidadoras tiveram papel central nesse movimento de aglomeração na sala, uma vez que eram elas o motivo da presença de alguns moradores ali. Neguinho, Raquel ou Nelson compunham a cena, pois estavam seguindo a cuidadora, insistindo para ganhar um cigarro, ir à rua ou ter acesso ao seu dinheiro. Assim, chegando a cuidadora na sala, eles apareciam logo em seguida, demandando através de gestos, fala, grito e/ou desenhos, o que desejavam. Aqui, fala e comunicação direta eram as formas de interação mais presentes (caderno de campo).

Observei assim, aquilo que Goffman, 2011, descreveu como relações informais, nas quais os atores, dispensando cerimônias, abusam de interrupções e faltas de atenção, de maneira que a conversa acaba por se transformar, nas suas palavras, em uma tagarelice (GOFFMAN, 2011). Essa repetição insistente⁸³ dos moradores parece esvaziar o conteúdo e a urgência de sua demanda para as cuidadoras, que se deparam com esse mesmo cenário na maioria dos dias de trabalho.

Os três moradores, entretantes, ao perceberem tal esvaziamento, adotavam algumas formas diferentes para demandar. Raquel era a que mais diversificava o tipo de argumento que usava, às vezes invocando o nome de Deus, às vezes suplicando pela própria vida, por outras oferecendo algum serviço em troca do cigarro ou saída desejada. Nelson escolhia a via da repetição do mesmo argumento, chegando a aumentar o tom de voz à medida que observava que sua estratégia não estava funcionando. Neguinho, por fim, usava dos recursos corporais; pegando na mão da cuidadora e tentando direcioná-la até o portão ou até a despensa; agachando-se ao lado dela, enquanto chorava e balbuciava. As cuidadoras quando avaliavam que era o caso de negar o pedido feito, por sua vez, tentavam desviar a atenção dos moradores para outra coisa; introduziam outros assuntos na conversa; fingiam que não estavam ouvindo os moradores e quando todas as anteriores falhavam, elas se retiravam do cômodo (caderno de campo).

Os pedidos insistentes de permissão para sair da casa aparecem como um problema conflituoso para a supervisora do SRT.

⁸³ Aqui estou me referindo à repetição tanto no momento da interação como ao longo dos dias. As próprias cuidadoras, além da observação, foram quem disseram dessa medida, ao relatarem “o Neguinho? A! é assim o dia inteirinho, pedindo pra sair e pedindo dinheiro. Raquel é o dia todo atrás de cigarro. Nelson que chama mais na hora dos compromissos dele” (sic) (caderno de campo).

Estou pensando em dar a chave da casa para ele (Neguinho), pois ele sai o dia todo. O que impede que eu dê a chave? O dia que ele quer ir pra rua ele fica inquieto, bate, chuta, aquela estratégia da musiquinha do elefante, enche o saco até que a gente permita que ele saia. O dia que a gente não deixa, ele pega a cadeira, tira a tela e pula o muro, volta da rua coloca as frutas no chão, sobe na cadeira e coloca a tela de volta (sic) (entrevista supervisora).

Ela aposta que se ele tiver a chave da casa ele manterá a relação com o sacolão, de pegar as frutas sem pagar, mas que isso diminuirá o stress dele dentro da casa, com as trabalhadoras.

A gente não tem como impedir ele de sair, se não temos como impedir, é melhor que ele saia! (sic). A supervisora conta que está pensando essa estratégia também para Nelson, para esse morador ela está pensando em dar também a chave do seu armário (entrevista supervisora).

A sala na Casa de Maré: quietudes e movimentos de aglomeração

A forma como a sala e a TV são usadas na Casa de Maré, contrastam com os usos descritos para as outras duas casas. Aqui não observei nenhum conflito ou tensão nesse espaço. O aparelho de TV estava ligado em todas as vezes que estive lá, exibindo programas dos mais variados: cultos evangélicos, missas católicas, leilões de bois, programas de fofoca, novela (caderno de campo). Algumas vezes a TV estava ligada sem a presença de ninguém no cômodo, mas na maioria das situações observadas, Ivo estava sentado, em um dos dois lugares que costuma ocupar no sofá, conforme a estagiária explicou (entrevista com estagiária). A sala foi mencionada, nas entrevistas com a estagiária e cuidadoras, como um dos três espaços da casa onde há a predominância do movimento do morador, na forma de quietude (entrevista com estagiária).

Ivo é muito tranquilo e quieto, passou a maior parte dos dias em que eu estive na casa praticamente em silêncio, na sala. As trabalhadoras contam que essa é uma rotina que se repete com muita frequência. Ao pensar sobre a sua mobilidade durante a internação, Ivo foi colocado na categoria “Grupo de dentro”, e no sub-grupo “circuitos institucionais”, uma vez que foi localizado como um usuário engendrado às rotinas hospitalares, se movimentando, sobretudo, para realizar as atividades propostas pela instituição.

Ivo faz parte de um grande grupo de usuários do Hospital Transitório que oferecia pouca resistência para realização das rotinas hospitalares: ia para a fila do

banho quando convocado, tomava a medicação sem resistência, ia para a fila do refeitório nos horários certos, vestia toda e qualquer roupa que lhe era oferecida, não recusava a alimentação, nem se queixava dela. Ele carrega uma seqüela motora, decorrente de um AVC, que torna o seu andar um pouco cambaleante, conforme relatou a estagiária da casa (entrevista estagiária). Essa seqüela neurológica é colocada, por uma das cuidadoras entrevistadas, como um fator que influencia o movimento do morador, ela explica que *os movimentos das pernas e braços de Ivo eram piores. Aí veio o Centro de Saúde e orientou a gente a não vesti-lo, a ensiná-lo a vestir a roupa, mesmo com as suas limitações* (entrevista cuidadora).

Ao falar sobre o morador a estagiária descreve, *(Ivo) não demanda praticamente nada, ele é muito objetal. Não demonstra, nem se queixa de dor, não fala dos seus desejos, nem nada. Sai para qualquer lugar que for levado* (sic) e a cuidadora complementa, *a gente tem que chamar ele para tomar banho, comer, tomar café, remédio* (sic), dizendo da pouca iniciativa do morador para o movimento. Diante disso, ele foi considerado por uma das cuidadoras como sendo o modelo ideal de comportamento dentre os moradores, o qual deveria se repetir em todos os demais. Ela fala da facilidade de lidar com ele, uma vez que ele não se opõe as instruções dadas.

No entanto, ao observar Ivo mais de perto, a estagiária e a própria cuidadora apontam alguns detalhes que parecem tocar o morador, provocando sua iniciativa e movimento. Dentre eles, há o destaque para programas de televisão que, segundo a cuidadora, ele gosta, como jogos de futebol, culto evangélico, desenho animado e novela e aquele que não gosta, como o jornal (entrevista com cuidadora). A estagiária, por sua vez, percebe o gosto do morador pela música e a recente conquista do benefício “De volta para casa” como dois pontos que provocam o movimento de Ivo (entrevista com estagiária).

Ainda na Casa de Maré, pude observar a formação e dissolução de momentos onde todos os moradores se encontraram na sala de TV, como em uma espécie de fluxo. Por ter acontecido com certa frequência durante as observações de campo, suspeitei que tal encontro faça parte da rotina coletiva daqueles moradores e demonstre uma das formas da estrutura constituída por tessitura, nós e redes, que, através da encenação desses atores/moradores, se exterioriza (RAFFESTIN, 1993). Estando eu na sala, na companhia dos dois moradores que ali passam a maior parte do seu dia, observei, como em um movimento de maré, os demais moradores chegarem pouco a pouco e tomarem assento no sofá ou chão, enchendo assim o cômodo. Curiosamente, quase nenhuma

palavra, além daquelas que vinham da TV, permeavam esse movimento de aglomeração. Os que já estavam na sala, às vezes se reposicionavam no sofá, para permitir que mais pessoas ali se sentassem, às vezes eram reposicionados por essas pessoas que ali queriam sentar. Uma vez acomodados e próximos, mantinham-se assim, por um pequeno espaço de tempo, até alguém inaugurar o movimento de vazante, levantando-se e se dirigindo para outro cômodo. Sem protestos ou sinal de oposição por qualquer das partes envolvidas, o cômodo se esvaziava, quase no mesmo ritmo com o qual havia se enchido, mantendo-se ali apenas com os moradores que já estavam ancorados. Em algumas das vezes, as cuidadoras também estavam presentes na cena.

Diante do exposto acima, podemos afirmar que as salas das três casas são cenários para movimentos e fluxos diversos, ora protagonizados por moradores e alguns programas de TV, ora por demandas insistentes e variadas, endereçadas às cuidadoras, ora pela presença silenciosa de todos os moradores da casa ao mesmo tempo. Para Ivo, a sala se coloca como o espaço majoritário da sua mobilidade cotidiana, de maneira que a estagiária reconhece o assento do sofá como um lugar seu (caderno de campo) enquanto para moradores como Sabiá, Raquel, Neguinho, Pai Ioiô, ela é mais um dentre os muitos espaços que articulam no seu dia-a-dia. Também chama a atenção a forma como os moradores da Casa de Rodas articulam o uso do espaço, atrelado, sobretudo aos programas de TV que gostam, mobilizando as trabalhadoras da casa e transmitindo o que desejam.

3.5. b: Quietudes, passagem e escritório: a constituição das copas nos SRT

As copas das três casas apresentam poucos elementos em comum, quer seja pela configuração do seu espaço físico ou pelas mobilidades observadas ali. De maneira geral, em comparação com as áreas externas descritas acima, fiz menos observações nas copas das casas, sobretudo no que se refere às Casas de Dom Pedro e de Rodas.

Na Casa de Rodas a copa faz as vezes do escritório, visto que abriga o armário onde estão guardados documentos, medicamentos e material de escritório desse serviço. Nesse mesmo armário também ficam guardados os cigarros do único morador fumante desse SRT. Aqui, a copa é um espaço usado majoritariamente pelas trabalhadoras, que utilizam a mesa como suporte para atividades administrativas, de cuidados com a casa e com os moradores.

Estando de frente para dois dos quatro quartos da casa, esse cômodo acaba, também, por se caracterizar como parte da paisagem que se configura para os habitantes desses quartos, quando deitados. Essa característica é notada, segundo relato das trabalhadoras, no posicionamento na cama de Flávia. A cama da moradora fica no terceiro quarto da casa, bem de frente para a porta, o que lhe permite uma visão ampla da copa. Segundo as trabalhadoras, Flávia *percebe todo o movimento da casa. Se tem algo diferente, ela levanta da cama*⁸⁴ para ver o que tá acontecendo (sic) (entrevista). Sendo a copa um lugar intermediário entre a cozinha e os fundos da casa e a sala e varanda, Flávia me pareceu posicionada em um local estratégico para desenvolver tal interesse pelos movimentos da casa: ao se colocar como um ponto fixo no espaço, a moradora consegue ter acesso àquilo e àqueles que circulam pelo imóvel, podendo acompanhar alguns dos circuitos que envolvem a parte da frente e de trás da casa e também aqueles que se ancoram na copa. Interessante notar a percepção das trabalhadoras sobre o atrativo que os movimentos da casa exerciam sob Flávia.

Em termos de mobília, as copas das Casas de Maré e de Dom Pedro têm características parecidas entre si ao mesmo tempo em que diferem daquelas da Casa de Rodas. Tal característica se refere ao fato de ambas as copas terem poucos móveis, de maneira que na Casa de Dom Pedro há apenas uma mesa de madeira, sem cadeiras e na Casa de Maré um sofá de dois lugares e um armário, usado como despensa⁸⁵. A despeito da semelhança em relação à escassez de móveis, as duas copas são usadas de formas bastante diferentes em cada uma das casas.

Explorando o material da Casa de Dom Pedro, percebi que a copa, outrora foi bastante usada por Neguinho, uma vez que todas as suas paredes estão desenhadas. Além disso, a própria supervisora explicou que o armário de guarda de remédios e cigarros, algumas das drogas dispensadas pela casa, ficava até há pouco tempo na copa, sendo motivo de conflitos e tensões entre moradores e trabalhadoras. Em relação à falta de cadeiras, ela explica que os assentos foram quebrados por alguns moradores, em momentos de crise, mas que está planejando, a partir da compra de novas cadeiras e de orientações às cuidadoras e estagiárias para que sirvam as refeições no local, promover o aumento do uso desse espaço (caderno de campo). Neguinho parece ainda utilizar o

⁸⁴ Levantar da cama aqui se refere ao movimento que Flávia fazia de apoiar seu corpo nos cotovelos, permitindo maior alcance de sua visão.

⁸⁵ Esse armário estava, no início da coleta de dados, situado no escritório da casa, mas foi deslocado para a copa a partir de uma intervenção da supervisora, conforme descrito na sessão que tratou da categoria “Construção do espaço-tempo nos Serviços Residenciais Terapêutico”.

espaço para desenhar no papel, durante a noite. Os demais moradores e trabalhadoras parecem usar o local, majoritariamente como um lugar de passagem.

A copa da Casa de Maré também passou por recentes mudanças, conforme discutido na sessão que tratou da categoria “Construção do espaço-tempo nos Serviços Residenciais Terapêutico”. Essa copa se configurou como espaço acessado cotidianamente por alguns moradores em sua mobilidade pela casa, ora sentando ou deitando no sofá, como é o caso de Sabiá e Drica, ora se colocando de pé em um canto, como Luizinho costuma fazer, entre a porta do corredor e a porta da cozinha, usando o espaço como um território particular. Assim como a sala desse SRT, a copa parece ser um espaço para ancoragens e quietudes.

Observei Sabiá repetir o mesmo movimento que faz na varanda, de deitar no sofá e falar sozinho, aqui na copa. A escolha pela varanda ou copa, no entanto, não se revelou nem pela sua fala, nem pela observação, nem nas entrevistas: as trabalhadoras disseram que não observaram se há um horário ou motivo que justifique o uso da varanda ou copa (entrevistas com as trabalhadoras). O que parece ser um consenso entre elas é o fato de Sabiá usar a varanda, a copa e a sala de TV como lugares de ancoragem nas suas práticas de mobilidade pela casa, nos quais senta ou deita no sofá ou se agacha no chão. Curioso que nesses três cômodos da Casa de Maré há sofás.

O caso da relação de Luizinho com esse espaço, no entanto, parece atrelado, em alguma medida, com os movimentos da cozinha. As vezes que observei o morador se colocar no seu canto na copa, eram horários próximos às refeições (caderno de campo). Em algumas situações ele respondia ao chamado da cuidadora para almoçar ou jantar, em outras vinha por conta própria quando o horário das refeições se aproximava. Uma das cuidadoras do dia explica que Luizinho vai para esse canto diariamente, por volta de 10/11 horas, quando elas estão começando a preparar o almoço (caderno de campo).

As copas de fato se parecem como espaços relativamente desinteressantes para a maioria dos moradores das Casas de Dom Pedro e de Rodas. No caso da primeira, o fato das trabalhadoras usarem pouco esse local pode influenciar o menor uso também dos moradores. Acrescido à isso, a falta do mobiliário adequado dificulta ações de incentivo ao uso do espaço, como relatado pela supervisora, assim, nesse SRT a copa se constitui majoritariamente como um espaço de passagem para quase todos os agentes que frequentam aquela casa. Na Casa de Rodas as trabalhadoras são as maiores protagonistas do uso do espaço enquanto alguns dos moradores pesquisados não foram vistos em nenhum momento nesse cômodo. Aqui a forma de alimentação desses

moradores (através de sonda) e o fato de poderem ser alimentados inclusive em suas camas, parece ser crucial para o não uso do espaço.

A Casa de Maré se diferencia de maneira marcante das demais em relação ao uso desse espaço, mesmo que ele tenha poucos móveis e nenhum objeto de decoração. Talvez pelo fato de haver ali um sofá e os moradores dessa casa ter um perfil de mobilidade, como já foi possível perceber nas discussões sobre áreas externas e sala, marcado pela ancoragem. A mudança do armário da despensa para a copa, embora tenha sido colocada pela supervisora como uma forma de torná-lo mais acessível aos moradores, não apareceu nas entrevistas ou observação como um motivo para circulação ou estadia dos moradores nesse espaço da casa. É importante ressaltar que esse armário possui portas inteiriças de madeira, o que não permite que o seu conteúdo seja visualizado, além do fato de permanecer trancado.

O espaço coletivo do qual me falta falar diz respeito às cozinhas. Com a intenção de descrever melhor os momentos nos espaços tanto do Hospital Transitório como dos SRT, opto por dedicar às cozinhas e às refeições uma sessão a parte.

3.6: O preparo e a construção dos momentos de refeições no Hospital e nos Serviços Residenciais Terapêuticos

3.6. a: O problema da comida no Hospital Transitório

Logo que comecei a trabalhar no Hospital Transitório, me chamou bastante atenção a relação dos usuários com a comida. Eu havia escutado histórias do horário do almoço na Clínica Serra Verde e ficava apreensiva nesses momentos no Hospital Transitório. Já havia uma diferença de um lugar para outro, da clínica para o hospital, mas ainda era surpreendente chegar para trabalhar no horário do almoço, sobretudo. A alimentação se configurava, por um lado, de acordo com a descrição de Fischler, “uma função biológica vital” (FISCHLER, 1995, p. 14), mas por outro, aparecia bastante esvaziada de sua função social, que segundo o mesmo autor é uma de suas funções fundamentais. Marcada por um controle proeminente das vitaminas e nutrientes que seriam ofertados, exercido pelo Serviço de Nutrição e Dieta do próprio hospital, havia sobrepujança da faceta biológica de tal atividade, principalmente quando o hospital ainda era recente. Os horários, ritmos e formas de acesso ao alimento também revelavam pouco espaço para execução de sua função social, era muito comum ver

usuários comendo sozinhos, agachados em alguns cantos. No entanto, é preciso observar mais de perto para entender melhor essa relação.

No momento da inauguração do Hospital Transitório, não havia refeitório e a comida era servida pelo pátio e nos próprios leitos. Não era raro ver alguns usuários comendo e andando enquanto comiam e seguravam a marmita, comendo no chão. Não havia preocupação se o talher ou a comida caíam, eles o pegavam do chão e continuavam a comer. Segundo relatos de colegas, nos almoços presenciados na Clínica Serra Verde, era possível observar um agravante daquilo que Goffman (1974) chamou de “indignidades físicas”, pois os internos não eram obrigados a comer de colher, como observou em sua pesquisa o autor canadense, mas sim com as próprias mãos. A comida era servida em um refeitório vazio de móveis, no qual os usuários, no chão, comiam com as mãos o que era servido em grandes potes de plástico.

Boa parte do trabalho no Hospital Transitório se direcionava para essa esfera da vida dos usuários, a alimentação. Desde lá a comida já aparecia como um objeto potente, de certa forma, ativador, algo que dialoga com o que Fishler coloca em seu trabalho, “O onívoro”, quando diz que *o alimento é o primeiro e, sem dúvida, o principal meio de intervenção sobre o corpo, antes do medicamento, como assim traduz a fórmula hipocrática: De seus alimentos farás uma medicina* (FISHLER, 1995, p.67).

Talvez pela predominância da sua função biológica, a comida disparava em muitos usuários reações brutas, conflituosas, de demarcação de limites⁸⁶ durante as refeições, sobretudo almoço e janta. Muitos conflitos aconteciam por causa de comida, alguns usuários só se colocavam ou, em outras palavras, só se opunham ou opinavam quando o assunto era comida. A comida era usada como moeda de estoque ou troca (GOFFMAN, 1974), mas também de uma maneira muito intensa, para encher o corpo.

A falta ou recusa da comida também chamava atenção pela intensidade ou persistência. Lembro anotações no prontuário de Estrela pedindo a colaboração da equipe para invenção de estratégia que pudesse convencê-la a comer. Estrela era uma usuária que quase não falava, se comunicando apenas por balbucios e sons. Devido ao quadro psiquiátrico, segundo os médicos do hospital, ela havia parado de comer, recusando qualquer oferta de alimento. Em decorrência disso, precisou se mudar para a enfermaria dos acamados, onde recebia alimentação por via de sonda. Lá ficou por um

⁸⁶ Lembro que Neguinho era um dos usuários que abraçava o prato de comida ao se alimentar, abaixando a cabeça quase até o mesmo nível de altura do prato, lançando olhadelas para cima, como se estivesse checando quem estava à sua volta, protegendo-se de alguma ameaça.

tempo considerável, enquanto trabalhadores da cozinha, enfermagem, equipe de desinstitucionalização e médicos tentavam convencê-la a voltar a comer.

Depois da construção do refeitório, que ficava em uma espécie de subsolo do hospital, foi possível perceber melhor, de maneira mais individualizada, a relação dos usuários com esse momento da alimentação e com esse objeto.

A existência de um serviço especializado para produção e distribuição da comida no Hospital Transitório, o Serviço de Nutrição e Dieta, conhecido como SND, juntamente com a construção desse refeitório revelam posições conflituosas sobre o modo como a instituição enxergava a alimentação. Se a construção de um espaço onde os usuários poderiam sentar em mesas coletivas tende a favorecer a função social da alimentação (FISCHLER, 1995), a produção massificada⁸⁷ da comida e com pouca participação dos usuários, por outro, assume o lugar de dificultador/limitador da relação entre eles e sua própria comida.

Vemos que há aqui dois tipos de problemas: um se refere às relações que se estabelecem com outras pessoas através da comida, o alimento enquanto certo objeto de mediação das relações, e o outro, referindo-se à relação direta do indivíduo com a comida, a comida como um fim em si mesma. Embora os dois problemas carreguem potencial para impedir que esse objeto assumas as duas funções acima descritas (biológica e social), eles também favorecem que outros tipos de relações com a comida e a partir dela se desenvolvam, tais como observado em Goffman(1974).

O refeitório ficava trancado e os usuários só podiam acessá-lo nos horários de almoço e janta, mediante abertura do portão por um trabalhador do hospital, que nesses momentos, acabava por se transformar em uma espécie de guarda do portão. A cena dos usuários aglomerados em torno desse portão, ansiosos pela sua abertura, foi algo que foi lembrado durante a realização do grupo focal por alguns trabalhadores. Cecília usou uma analogia para descrever a situação: *aquele portão da rampa do refeitório parecia a geladeira daquele desenho, família dinossauro: você abria a porta e todo mundo queria sair dali, passar pela porta* (sic). Na descrição dessa cena, os participantes disseram da angústia que sentiam ao se depararem com essa situação.

⁸⁷ O cardápio do hospital era produzido por uma nutricionista e as refeições, chamadas de dietas, se dividiam entre branda, pastosa, diet e normal. Os usuários, no entanto, notavam pouco a diferença entre um tipo e outro de dieta, à exceção da pastosa, que pelas características físicas já se diferenciava. Mesmo a dieta normal era considerada pelos usuários com pouco sal, se confundindo com a branda. À medida que as trabalhadoras da cozinha e a nutricionista iam conhecendo os usuários, elas foram incorporando ao cardápio algumas sugestões dadas verbalmente por eles ou pela observação da reação deles enquanto comiam.

Figura 25: Portão do refeitório do Hospital Transitório



Fonte: *Acervo da pesquisadora, 2017.*

Em termos de movimento, essa espera pelo almoço parecia produzir uma represa, que a conta-gotas era esvaziada. Os usuários ficavam represados no portão da rampa e o trabalhador ia liberando pequenos grupos que desciam, sentavam no refeitório, comiam e eram encaminhados para o andar de cima novamente. O ritmo da liberação dos grupos pelo portão era determinado pelas velocidades com as quais os usuários que estavam no refeitório comiam. Os mais ansiosos costumavam ser os primeiros a descer, em parte por que já se posicionavam no portão desde cedo, em parte porque transmitiam sua ansiedade para o trabalhador que estava responsável pela abertura do portão, em parte porque as equipes iam identificando essa ansiedade ao

longo do convívio com os usuários e intervindo para que a instituição pudesse se ajustar a essas particularidades de cada um. Não era raro que houvesse conflitos nessa etapa de espera, sobretudo no período em que o Hospital Transitório estava com lotação máxima, ou próxima disso.

No refeitório, no momento mesmo da alimentação, havia um contraste importante entre aqueles que comiam muito rápido e quase não se demoravam ali, a maioria, diga-se de passagem, e aqueles que, comendo devagar, permaneciam no local até que toda atividade tivesse sido encerrada. Alguns poucos combinavam as duas coisas: comiam rápido, mas pareciam gostar de ficar no local e para tanto, desenvolviam suas estratégias para lidar com os trabalhadores, que por sua função, deveriam encaminhá-los para o andar de cima.

Alguns conseguiam tal feito através da negociação verbal, outros se impunham pelo medo que os trabalhadores sentiam deles, outros ainda conquistavam os trabalhadores de forma tal, que se tornavam “queridinhos”, alcançando pequenas regalias, que não passavam de permissões para permanecerem onde estavam ou para que repetissem o suco ou a sobremesa⁸⁸.

De um jeito ou de outro, no processo da refeição eram reveladas, de forma bastante evidente, duas forças: aquela da instituição, executada pelos trabalhadores através da regulação dos acessos às estruturas físicas do espaço e à própria comida e aquela dos usuários, executada de maneira menos coordenada, mais individualizada, pelas formas como respondiam a essa regulação e com ela interagiam. Decorrente disso, apesar da repetição de algumas práticas, esse não era um processo estanque, tendo se transformado à medida que trabalhadores e usuários conviviam, à medida que o hospital se esvaziava, à medida que a instituição permitia o acesso dos usuários também a outros espaços para alimentação, como restaurantes e padarias da vizinhança.

Intrigava-me muito pensar sobre como era a vida de quem, cotidianamente, não tinha governança sobre o cardápio do seu almoço. Não foi à toa que a primeira oficina com a qual me envolvi, dentro do Hospital Transitório, tenha sido diretamente relacionada a isso, chamada “Sugestão de cardápio”⁸⁹. Através dessa oficina e de outras

⁸⁸ Isso se assemelha um pouco ao sistema de privilégio descrito por Goffman (1974).

⁸⁹ Oficina que realizei, como parte da minha função no Hospital Transitório, em conjunto com alguns profissionais: a fonoaudióloga, a assistente social da equipe de desinstitucionalização e o fisioterapeuta. Durante o tempo em que estive envolvida com esse projeto, junto com os meus colegas, a oficina se desenvolveu e mudou de nome e função, passando a se chamar “Sentando à mesa” e ofertando café e quitutes que eram escolhidos pelos próprios participantes. Procurávamos resgatar, à época, o hábito de

ações, fomos experimentando, junto com os usuários, maneiras diferentes de colocar essas duas forças em contato, através de um movimento que primeiramente os provocava a dizer do que gostavam em um espaço ao qual tinham livre acesso, a “sala da T.O”, para em seguida, convidá-los e auxiliá-los a dizer desse gosto no espaço do refeitório, para os trabalhadores da nutrição. Alguns usuários também faziam esse movimento por conta própria. Eram aqueles que, conseguindo dizer de si de maneira mais clara, abordavam os trabalhadores da nutrição durante as refeições e pediam linguiça, bife e batata frita, dentre outros.

Outra forma da qual muito nos utilizamos nesse trabalho era a promoção do acesso dos usuários a outros espaços de alimentação, regulados por outras normas e regras e por outros atores e autoridades (GOFFMAN, 1974). Fora do Hospital Transitório, mas a apenas alguns metros de distância da sua entrada, havia uma variedade de restaurantes e lanchonetes dos quais viramos frequentadores, juntamente com os usuários. Para alguns, apenas o fato de não estar dentro do hospital provocava mudança na postura corporal e no jeito de falar.

No restaurante self-service, a oferta e variedade de comida contrastavam com o prato sempre pronto que recebiam no refeitório do hospital, o que dificultava o exercício de regulação da comida nesse local. Por isso esse era um aspecto levado em conta quando convidávamos algum usuário para almoçar fora ou quando eles nos convidavam: os usuários que tinham maior dificuldade nessa regulação eram levados, à princípio e preferencialmente, aos restaurantes que serviam prato feito, mas que ofertavam mais de uma opção de cardápio; aqueles que não tinham dificuldade ou que essa dificuldade já estava sendo trabalhada em alguma medida, eram levados aos self- services.

Conforme os usuários foram se familiarizando com o comércio da vizinhança, começaram, eles mesmos a demandarem saídas, dizendo com clareza onde gostariam de ir. A partir do momento em que os próprios usuários demandavam o acesso a outros espaços, os combinados para saídas do hospital e as intervenções nesses espaços externos foram sendo aprimorados e refinados. Se em um primeiro momento fizemos certo exercício de convencimento, mostrando a eles que os espaços externos ao hospital

dividir uma refeição, possibilitando que os usuários servissem o próprio copo de café, passassem manteiga no pão, tarefas que há muito não tinham oportunidade de fazer: toda comida no hospital era previamente porcionada e servida pelos trabalhadores. A intenção também se voltava para as velocidades da alimentação e da presença na sala, visto que eram pontos que chamavam a atenção. No dia a dia do hospital, os usuários se alimentavam numa velocidade tal que engasgos graves não eram raros, alguns chegando a levar inclusive ao óbito (memórias do hospital).

eram seguros e a comida dos restaurantes e padaria eram cheirosas e saborosas, não demorou muito para que um segundo momento se estabelecesse. Nesse segundo momento, eram eles quem nos abordavam e pediam para ir à rua. Era muito comum chegar para trabalhar e ser abordada ainda no portão de entrada por mais de um usuário pedindo para ser levado para tomar café na padaria, comer bife com batata frita no restaurante, chupar picolé na sorveteria.

Se a comida era algo que aparecia no cotidiano do hospital como um objeto capaz de mover os usuários, a equipe de desinstitucionalização não tardou a perceber a potência desse objeto se utilizando disso para conseguir se aproximar de alguns usuários para estimulá-los a ocuparem espaços da cidade. Pretendíamos aqui realizar movimentos no espaço que provocassem mudança social, conforme definiu Kauffman (2014) como sendo mobilidade.

Assim começamos, ainda dentro do hospital, aquilo que a categoria “Diálogos com a cidade” descreve como conversas entre o serviço e as pessoas da cidade, tendo como conteúdo a transmissão da história tanto dos usuários, como da política de saúde mental ofertada pelo município e um convite à problematização do lugar da loucura na cidade. Também recebíamos algumas reclamações, sobretudo queixas do comportamento de Neguinho, único usuário que saía sozinho do Hospital Transitório, pulando os muros, e frequentava o comércio, geralmente em busca de comida (frutas) e bebidas (café, suco e refrigerante).

Havia ainda, no hospital, outro movimento mediado pela comida, algo que chamei de movimentos clandestinos por comida e que se referem às visitas de alguns usuários ao espaço do refeitório durante o período em que estava fechado, sobretudo à noite. Aproveitando brechas no espaço, esses usuários entortavam grades de alumínio e/ou se valiam do esquecimento de alguém que não trancava a porta de acesso ao refeitório para chegarem até lá. Havia visitas inesperadas aos trabalhadores da cozinha também durante o dia e nesses momentos a comida era usada como moeda de troca: às vezes eram os usuários que se recusavam a sair do espaço sem antes ter conseguido o café desejado⁹⁰, às vezes eram as trabalhadoras que ofertavam o café para que o usuário fosse logo embora dali e permitisse que elas voltassem ao serviço.

3.6. b: A comida no espaço de uma casa-serviço

⁹⁰ Geralmente a demanda era por café

A portaria 106/2000 que regulamenta os Serviços Residenciais Terapêuticos, preconiza que o imóvel que abriga esse serviço deve ter uma cozinha com equipamentos necessários para execução das atividades domésticas, tais como fogão, geladeira, filtro, armários (BRASIL, 2000). Em alguns trabalhos sobre esses serviços a cozinha aparece como o lugar onde futuros moradores de um SRT poderão exercitar a atividade de cozinhar (WACHS et. al., 2010) ou como parte constituinte de uma casa (SILVEIRA et. al., 2011; FRICHEMRUDER, 2009; SOUZA, 2011; JUNIOR et. al., 2011; PEREIRA et. al., 2011), às vezes como um lugar de tarefas das mulheres (BINKOWSKI et. al., 2011).

O problema da comida apareceu com altivez e diversidade durante o trabalho de campo dessa pesquisa. Nos três SRT, assim como em qualquer casa, as logísticas da compra, preparação e organização das refeições apresentam-se como atividades para as quais as trabalhadoras investem boa parte de sua energia e tempo de trabalho. As cuidadoras foram aquelas que predominantemente utilizaram a cozinha durante a pesquisa, conduzindo o ritmo e a frequência da ocupação desse espaço pelos moradores. Entrementes, em cada uma das casas, moradores e trabalhadoras desenvolveram participações e estratégias diferentes nesses processos, resultando, conseqüentemente, em movimentos diversos na cozinha e em torno da comida.

3.6.c: A configuração das cozinhas e da relação com a comida nos três SRT

Minha mãe sempre me disse que a cozinha é o cômodo de uma casa, que não a minha, o qual eu devo procurar quando estiver deslocada. Segundo ela, ali sempre haverá alguma coisa para picar, louça para lavar e, a partir disso, possibilidades para socialização e localização. Fischler parece estar em concordância com esse conselho, quando afirma que “o alimento e a cozinha são um elemento capital do sentimento coletivo de pertença” (FISHLER, 1995, p.68). Isso de fato funcionou durante o trabalho de campo, sem que eu, no entanto, precisasse realizar qualquer atividade. As cozinhas das três casas são espaços muito utilizados pelas cuidadoras, sobretudo na parte da manhã, para a preparação do almoço e o simples fato de estar ali, entre elas, me permitiu observar, a partir de um ponto fixo, como, quando e porque os moradores as acessavam.

De maneira geral, as cozinhas das casas são espaços que contam com uma regulação mais proeminente da instituição. Há uma preocupação em relação à qualidade nutricional das refeições, tendo em vista que alguns dos moradores apresentam questões clínicas que são diretamente influenciadas pelo que ingerem. Mas também preocupação, por parte de algumas cuidadoras, para que a comida seja gostosa e apetitosa (caderno de campo). Pareceu-me que o uso do espaço da cozinha pelos moradores está diretamente relacionado à medida que as trabalhadoras permitem e estimulam a participação e a presença deles nas atividades ali desenvolvidas, bem como à medida que os próprios moradores reivindicam a sua participação e presença. Como vem sendo discutido ao longo da pesquisa, a mobilidade pelos espaços da casa e da cidade e também a utilização desses espaços aparecem mais uma vez como frutos de interações entre os sujeitos e o próprio espaço.

Os três SRT possuem cozinhas simples, conforme prescreve a portaria 106/2000 (BRASIL, 2000) com os eletrodomésticos básicos: geladeira e fogão. Nas três casas, os utensílios de cozinha usados pelos moradores são de plástico e há duas justificativas para tanto, dadas pelas trabalhadoras: a durabilidade e a segurança (caderno de campo). No entanto, isso me pareceu uma questão que ainda está sendo trabalhada com os moradores, de maneira que se espera que em longo prazo seja possível a substituição completa por utensílios de vidro. Em relação à configuração física, me chamou a atenção o fato da cozinha da Casa de Rodas, devido à disposição dos móveis da copa e da própria cozinha, ser praticamente inacessível à cadeira de rodas. As implicações disso serão discutidas abaixo.

3.6.d: Casa de Maré – A comida como uma rotina

Nessa casa a cozinha aparece como um espaço onde alguns moradores vão para pegar comida, *Drica vai na cozinha para pegar café e água* (sic); *Sabiá* (vai à cozinha) *quando quer comer algo* (sic), exercendo a função para a qual ela foi projetada no imóvel. É importante lembrar que esse acesso livre é algo relativamente novo para os moradores dos três SRT pesquisados, uma vez que, no hospital, havia regulação dos horários e da duração do acesso ao refeitório, cômodo que guardava a comida e o café. E a cozinha, apesar de existir, era um espaço proibido para entrada dos usuários, como descrito acima.

Luizinho é um morador que demonstrou que os horários de preparo do almoço produzem uma marca na sua rotina ou sinalizam para um movimento específico dentre aqueles que desenvolve cotidianamente. Próximo ao horário de meio dia, o morador costuma se ancorar em um lugar que é reconhecido pela equipe como um lugar seu: a coluna que há entre a porta da cozinha e do corredor. Pela forma como usa esse espaço, Luizinho o transforma em um território particular. Uma das cuidadoras suspeita que alguns disparadores desse movimento são o cheiro da comida, o barulho das panelas, bem como o horário.

Esse morador também protagoniza certa articulação na sua forma de acessar a cozinha. É a supervisora quem descreve uma situação na qual Luizinho demonstra essa forma um pouco mais complexa de acesso e uso do espaço:

Então chega na hora do almoço, por exemplo, ele (Luizinho) tem umas idiossincrasias. Ele às vezes gosta de comer uma cebola inteira crua no almoço, ele gosta muito de tomate. Outro dia, não tinha tomate e as meninas(cuidadoras) não quiseram dar uma cebola para ele, ele foi na geladeira achou um limão e espremeu o limão todo no arroz(sic) (entrevista supervisora).

Aqui, o morador tanto interage com as cuidadoras, como acessa a geladeira e encontra um substituto àquilo que estava buscando. Assim como na Casa de Dom Pedro, os moradores, ou alguns deles, parecem estar confortáveis para abrir a geladeira e pegar o que desejam, demonstrando intimidade com o espaço.

Devido à relação com os espaços de refeição no hospital, o oposto dessa forma de usar a cozinha poderia ser encontrado, como já ouvi no relato de outras trabalhadoras da saúde mental. São situações nas quais os moradores não parecem estar à vontade para acessar a geladeira, fazendo-o em momentos nos quais as cuidadoras não estão presentes, se alimentando de maneira clandestina das comidas que estão armazenadas ali, algumas ainda em estado cru. Assim como ao entrar em uma instituição total o interno precisa se desvencilhar de algumas crenças de si mesmo e, portanto, comportamentos, ao sair, ele também trará para o *mundo exterior* crenças e, portanto, comportamentos que aprendeu ou se acostumou durante a estada no *mundo interior* (GOFFMAN, 1974). A relação que se estabelece entre moradores, trabalhadoras e o espaço da cozinha no SRT também parece ser significativa para que os moradores se desvencilhem dessas crenças e se sintam autorizados, por exemplo, a abrir a geladeira.

Embora os moradores dessa casa acessem a cozinha, esse espaço parece ser predominantemente utilizado pelas cuidadoras em suas práticas de mobilidade. Isso é

algo que guarda algumas semelhanças com a Casa de Rodas. Nessas duas casas a presença dos moradores nesse espaço durante o preparo das refeições pareceu raro e quando presenciado⁹¹, percebi gerar certa preocupação das cuidadoras, como se os moradores se colocassem em situação de risco nesse espaço.

As observações das refeições dessa casa mostraram que, quando pronta, a comida dispara movimentos de aglomeração em seu entorno. À exceção de uma moradora, todos os demais demonstraram graus variados de ansiedade nesses momentos, se amontoando em volta da mesa onde a refeição é servida.

3.6.e: A comida como demanda que produz mobilidade nos espaços da Casa de Dom Pedro e da cidade

Raquel me recebeu (na sua casa) perguntando, cadê meu quibe? O quibe que eu te encomendei (sic). Respondi a ela explicando que ela não havia me dado dinheiro para a compra, ela então sorriu e falou, *vão lá embaixo* (se referindo ao escritório/dispensa) *pegar!* (sic) (caderno de campo).

Em outra situação, descrevi:

Lila, logo que me viu, segurou firme na minha mão, me chamou pelo nome e me pediu que a levasse até o bar do Seu Antônio para tomar café com leite, comer bolo e coxinha, duas coxinhas. Expliquei à moradora que eu poderia leva-la desde que a cuidadora autorizasse. Ao ser consultada, a cuidadora disse que eu poderia leva-la mais tarde (caderno de campo).

Essas foram demandas que escutei muitas vezes durante o campo na Casa de Dom Pedro. Aqui a comida aparece, sobretudo, nos discursos dos moradores, como motivos para sair da casa, acessar espaços externos, encontrar pessoas, mas também se movimentar pelos espaços da casa. A cozinha dessa casa apresenta uma diferença arquitetônica interessante em relação às demais: de frente para a pia, há uma janela que dá acesso a uma paisagem montanhosa da Serra do Rola Moça, como podemos ver na figura abaixo. Essa diferença foi ressaltada por Raquel, quando ela me apresentou a sua casa. Nas entrevistas, a cozinha foi elencada como espaço de movimento para três dos seis moradores desse SRT.

⁹¹ Essa situação foi presenciada apenas na Casa de Maré

Figura 26: Cozinha com vista para a Serra da Casa de Dom Pedro



Fonte: *Acervo da pesquisadora*, 2018.

Raquel é a moradora que aparece nos relatos e também na observação, como alguém que usa a cozinha de acordo com sua funcionalidade. No cotidiano da casa ela aparece como alguém que maneja o fogão preparando café, bolo, ovo frito e também sucos. Como relatado anteriormente, a moradora se coloca, diante da presença de visitas, como uma generosa anfitriã e não mede esforços para agradar quem é de fora. Nesse processo, foi possível perceber que ela não apenas realiza atividades na cozinha, como está ciente dos produtos que estão na despensa. Além de se utilizar do espaço para receber bem os visitantes, as trabalhadoras também relataram que a moradora as ajuda: *ela faz uma atividade de cuidado com a casa e pede uma recompensa em troca: o cigarro* (sic).

O pedido por cigarro aparece nos relatos relacionados à Raquel com bastante frequência, inclusive em alguns localizados no espaço da cozinha. As cuidadoras explicam que ela usa argumentos variados para tentar convencê-las a lhe dar um cigarro a mais ou fora de hora. Nessa casa há uma orientação para que as trabalhadoras se organizem em relação ao consumo desse objeto, de maneira que há horários para a distribuição do cigarro e também quantidades. Raquel, no entanto, como alguns outros moradores do SRT, parece não se conformar com tal organização, investindo boa parte de sua energia para conseguir cigarros extras. Nesse movimento, certo dia a moradora reajustou o relógio da cozinha para que ele marcasse novamente o horário das 15:00 horas, quando cada morador recebe um cigarro. Ao fazê-lo, ela chamou a cuidadora e requereu o seu, indicando o relógio que marcava a hora combinada (caderno de campo).

Lila também é grande frequentadora da cozinha, sobretudo no percurso que faz, sombreando as cuidadoras pela casa. Assim, é muito comum encontrar a moradora na cozinha nos horários nos quais as cuidadoras estão ali preparando as refeições. Diferente de Raquel, Lila não participa das atividades realizadas ali, mas se coloca como uma presença constante, uma companhia muitas vezes silenciosa e atenta, conforme pude observar. Uma das trabalhadoras localiza que esse movimento de sombreamento das cuidadoras está relacionado ao medo que Lila sente de ser agredida por alguns moradores, de maneira que, ao estar próxima das cuidadoras, ela se sente mais segura. As cuidadoras relatam que em momentos de crise ou de irritabilidade, alguns moradores já recorreram à força física durante conflito com outro morador e que Lila já foi agredida em alguns desses momentos. Por isso ela não fica sozinha no mesmo cômodo com aqueles que já a agrediram.

Uma das cuidadoras descreve que Lila tem uma posição amedrontada e relaciona isso a uma lembrança constante que a moradora traz: *eu não gosto de ficar no 2* (se referindo ao número de uma ala, segundo a cuidadora), *eles vão me jogar lá e lá tem vinte homens e eles vão me arregaçar!*(sic) (entrevista com cuidadora). Lila é a única mulher que possui um quarto só para si e que faz uma gestão ativa desse espaço, regulando quem pode entrar e quando pode entrar ali. Quando não está sombreando as cuidadoras, ela geralmente está fechada em seu quarto. Talvez o fato das trabalhadoras dessa casa serem todas mulheres tenha relação com essa forma com a qual Lila se distribui pelos espaços da casa, de maneira que eles se tornam lugares seguros diante da presença dessas trabalhadoras, como no caso da cozinha. Esse problema do gênero será discutido na sessão que trata dos espaços do quarto.

Por fim, Tião também aparece relacionado a esse espaço. Desenvolvendo circuitos pela casa que são marcados sobretudo pela quietude e localizados na varanda, Tião dá o ar da graça na cozinha, movido, muitas vezes pelo cheiro ou barulho do preparo da comida. *Quando eu tô fazendo almoço ele ouve os barulhos das panelas e corre logo para a cozinha* (sic) (entrevista cuidadora). Uma das cuidadoras observou que ele também acessa a cozinha para beber água e para facilitar o acesso do morador, ela mudou o filtro de lugar. Os acessos de Tião ao espaço da cozinha aparecem então motivados pela funcionalidade a qual esse espaço se destina: a produção e guarda de alimentos.

Aqui observamos a atuação das cuidadoras variar conforme varia as formas de acesso à cozinha. Se em alguns momentos incentivam a realização de atividades pelos moradores nesses espaços, em outros precisam barra-los quando não é possível permitir mais um cigarro. Em outras situações, recebem demanda de acolhimento, quando Lila se aproxima em pedido de proteção ou quando Tião se esforça para conseguir se servir de água. Os moradores, por sua vez, demonstram formas bastante pessoais para os acessos à cozinha.

3.6.f: Casa de Rodas: a comida como aposta e oferta que produz movimentos

Na Casa de Rodas, onde a maioria dos moradores se alimenta por sonda e se locomove através de cadeiras de rodas, a predominância das cuidadoras na cozinha era ainda mais evidente, uma vez que o acesso dos moradores ao espaço é dificultado pela própria estrutura do imóvel. Assim, em nenhuma das entrevistas a cozinha foi citada

como um lugar por onde os moradores participantes da pesquisa se movimentam. Curiosamente, a comida foi colocada, por algumas entrevistadas como motivador do movimento de duas, dos quatro moradores, participantes.

A estagiária e supervisora colocaram que a comida tem tido um importante papel nesse SRT, a partir de uma aposta que fizeram na capacidade dos próprios moradores. Flávia aparece como uma moradora central para essa aposta. Segundo relato da estagiária, a observação do comportamento de Flávia diante da comida motivou a equipe a arriscar e ofertar um tipo de dieta para o qual ela não estava, à princípio recomendada. Por questões clínicas, Flávia recebe a nutrição através de uma dieta que é levada diretamente ao seu estômago (caderno de campo). Ela não precisa sentir o gosto da comida para que se alimente, o que pode tornar o processo da alimentação, muitas vezes um processo mecânico, ou, nas palavras de Fischler(1995) um processo de função biológica.

As técnicas de enfermagem são quem preparam a dieta para os moradores que se alimentam por sonda, na cozinha da própria casa. Durante o preparo, no entanto, não há estímulo olfativo, já que o alimento não produz cheiro. O momento da alimentação pode acontecer com os moradores no quarto, sala ou varanda (caderno de campo) e durante sua realização as técnicas de enfermagem vão se comunicando com os moradores, explicando que estão “passando a dieta” (sic) enquanto desenvolvem cada etapa da atividade. No caso de Flávia, devido a sua movimentação peculiar, uma delas me disse que gosta de ficar ao lado da moradora durante todo o processo para evitar que, pelos movimentos involuntários, ela interfira na sonda ou se machuque com os aparatos necessários (caderno de campo).

A equipe, entretantes, observou que, apesar das limitações clínicas, alguns moradores preservam interesse pelo alimento e diante disso, foram, com auxílio do Centro de Saúde, ofertando algumas coisas para eles comerem, via oral (caderno de campo). Em relação à Flávia, a supervisora e estagiária avaliam que a aposta foi assertiva, já que provocou mudanças consideradas positivas no comportamento da moradora, conforme o relato, *Flávia tem vontade de comer toda hora, se deixar, ela quer comer toda hora e isso gerou melhoria tanto na postura, como no movimento corporal da moradora* (sic) (relato supervisora entrevista). A estagiária acrescenta que através dessa aposta na relação de Flávia com a comida houve uma melhora no contato da usuária com a equipe.

Observo que através do interesse de Flávia e da aposta da equipe, a comida passou a integrar o cotidiano da moradora de maneira que permite com que ela sinta o seu gosto, perceba a sua textura, além de servir como estímulo para que ela estabeleça algum tipo de relação com as cuidadoras. Me parece que com essas intervenções, o grau de *motilidade* de Flávia aumentou, proporcionando que ela acesse a comida e desenvolva as habilidades necessárias para deglutir. Como a moradora não fala, não posso afirmar que as dimensões simbólica e imaginária (FISCHLER, 1995) passaram a integrar o cotidiano de Flávia em relação à alimentação ou que elas não integravam antes da aposta feita. Suspeito, no entanto, que a possibilidade de saborear o alimento favoreça a produção imaginativa.

No caso de Tereza, a comida aparece como uma aposta ainda mais ousada. A estagiária é quem explica,

ela ia na praça só por ir e lá na praça tinham muitos velhos e Tereza se incomodava com a presença deles. Depois que ela percebeu que eles bebiam cerveja, começou a tolerar mais a companhia deles e o barulho de abrir a latinha chamava a atenção dela (sic) (entrevista estagiária).

Uma das cuidadoras também contou de sua experiência,

um dia estava com Tereza na pracinha próxima à casa e percebi que ela prestou atenção quando um moço que também estava na pracinha abriu uma latinha de cerveja. Ela começou a fazer gestos apontando pra latinha do moço e eu perguntei se ela queria cerveja e ela respondeu que sim. Aí eu fui na padaria, comprei uma latinha de cerveja sem álcool e ela bebeu tudo! (sic) (caderno de campo).

Essa mesma trabalhadora relata que certa vez uma moradora do bairro brigou com ela por estar ofertando cerveja para uma pessoa cadeirante. Mas Lúcia, a cuidadora, explica que não vê problema nisso, principalmente porque a cerveja é sem álcool e é Tereza quem pede pela bebida. Esses momentos são considerados pelas trabalhadoras da casa como momentos de lazer e distração e são contados de maneira que transmitem que as trabalhadoras valorizam tanto a atitude de Tereza, como a própria atitude de conceder que a moradora satisfaça sua vontade.

Se a cozinha não é um espaço do movimento para os moradores dessa casa, confirmamos à partir do relato acima que a comida é um disparador de movimentos tanto diversos quanto potentes, repercutindo no incremento na motilidade dos moradores.

3.6. g: As refeições

Algo que pereceu significativo durante o campo foram os momentos de refeição, sobretudo almoços. A possibilidade de acesso constante à cozinha parece ser um dos fatores que contribui para diluir em parte a tensão que existia no hospital às vésperas dos horários de alimentação. São as cuidadoras quem conduzem a atividade e que têm função predominante na escolha do cardápio também, como uma delas me explicou. Às vezes parece que alguns moradores participam da construção desse cardápio e em outras acontece algo parecido com o que ocorria no hospital, quando as trabalhadoras vão observando o gosto dos moradores e incorporando ao cotidiano, pratos que eles demonstram ou relatam gostar. Presenciei duas cuidadoras da Casa de Maré debatendo, entre si, sobre qual seria o cardápio do dia, sem, no entanto, fazer qualquer tipo de consulta aos moradores. Na Casa de Dom Pedro, Raquel e Lila estão sempre em volta do fogão, como descrito acima e por isso, acabam por interferir, cada uma à seu modo, nessa tarefa.

Em contraposição ao cotidiano do hospital, nos SRT pesquisados, sobretudo nas Casas de Maré e de Dom Pedro⁹², o preparo da refeição é uma tarefa que pode ser acompanhada mais de perto pelos moradores. Como relatado anteriormente, eles podem observar a cuidadora da noite picando as verduras, a movimentação das trabalhadoras entre despensa e cozinha, o barulho das panelas no fogo. Mesmo aqueles moradores que não ficam no cômodo durante a realização da tarefa, ao se deslocarem pela casa podem observar que em determinados períodos do dia uma das cuidadoras⁹³ concentra seus movimentos na cozinha.

Se compreendemos, a partir de Fischler(1995) que o ato de comer incorpora (o autor usa o termo incorporar, no sentido de incorporar a comida ao corpo) o “comente” a um sistema culinário, que por sua vez corresponde a uma visão de mundo, o problema da alimentação passa a assumir aqui um lugar proeminente quando proponho pensar tanto a mudança do lugar de moradia dos sujeitos de pesquisa, como a sua própria mobilidade nesses dois diferentes lugares. Diante do que já foi exposto até agora é

⁹² Na Casa de Rodas pelo fato dos moradores pesquisados serem todos cadeirantes o acompanhamento da tarefa de preparo das refeições acaba por acontecer há uma certa distância, através de percepções sensoriais, como o cheiro e os barulhos. As refeições que aqui me refiro são aquelas produzidas para alimentar as trabalhadoras e três moradores, dois dentre os quais não participaram da pesquisa, que comem alimentação comum.

⁹³ Observei que elas se dividem para cumprirem todas as tarefas de cuidado com a casa. Isso também foi informado por algumas cuidadoras da Casa de Dom Pedro.

possível perceber que embora os dois espaços se localizem em um mesmo sistema culinário do ponto de vista de Fischler⁹⁴(1995), há diferenças entre as formas como esse sistema é executado em cada um deles.

Simmel(2004,p. 160), explica que comer e beber, embora sejam atos comuns a todos os homens, porque imprescindíveis e por isso universais, trazem consigo a marca de um egoísmo pouco encontrado em outros lugares: *já que o que se pensa, pode-se dar a conhecer a outros, o que se vê, pode-se deixar que outros vejam, o que se fala, centenas podem escutar, mas o que se come não pode, de modo algum, ser igualmente comido por outros*. O autor argumenta que são essas características do ato de comer e beber que o torna o conteúdo de ações compartilhadas, que permitem o surgimento das refeições, reconhecidas por ele como ente sociológico. A refeição, segundo este mesmo autor, reúne *a frequência de estar junto e o costume de estar em companhia ao egoísmo exclusivista do ato de comer*[...].

Estar em companhia, no entanto, parece poder se realizar de variadas formas. Nas Casas de Dom Pedro e de Maré observei a reunião dos moradores na cozinha e na varanda, lugares onde, respectivamente, durante o campo, a refeição aconteceu em cada uma das casas. Essa reunião acontecia tendo como participantes moradores e cuidadoras, cada grupo exercendo movimentos e funções diferentes. As cuidadoras serviam os pratos dos moradores e os distribuía entre os que ali já estavam, ao mesmo tempo em que trabalhavam para agregar o grupo àquele espaço. Os moradores chegavam, pegavam os pratos servidos das mãos das cuidadoras e buscavam um local para se acomodar e comer. Alguns reivindicavam alterações nos pratos servidos, pedindo mais ou menos quantidade de comida, outros reivindicavam servir o próprio prato.

Na Casa de Dom Pedro, observei os moradores experimentando duas formas de refeição: uma em um restaurante da vizinhança, que será discutida mais adiante e uma na casa. Nos dois lugares observei que *a comida é servida, para a maioria dos moradores, pelas cuidadoras, às vezes por demanda direta deles, às vezes por precaução delas* (caderno de campo).

⁹⁴ O autor usa o termo sistema culinário para dizer da cultura alimentícia de uma sociedade. Embora o Hospital Transitório e as SRT pertençam à mesma sociedade, qual seja, a sociedade brasileira, eles trazem consigo, naturalmente, diferenças em relação à cultura alimentar. Em um hospital, mesmo que não seja psiquiátrico, a alimentação assume uma função específica de nutrição, conforme discutimos acima, se diferenciando em forma, textura, gosto e modo de produção e distribuição daquela comida produzida em uma casa, mesmo que essa casa seja também um serviço.

Nesse SRT observei que os moradores se espalham pela casa durante as refeições, com alguns comendo na própria cozinha, onde a comida é servida, outros na varanda ou na área, e outros ainda no banheiro, como será discutido na próxima sessão. Isso acontece em função da mesa da copa estar sem cadeiras, como descrito anteriormente. Nesse movimento de se espalharem pela casa, os moradores não necessariamente estavam uns na companhia dos outros, algo que se parecia mais com um movimento de dispersão do que de aglomeração.

Na Casa de Maré, diferentemente, observei os moradores se aglomerando no mesmo espaço durante a refeição, um dos motivos que me levaram a escolher o nome desse SRT nessa pesquisa. A comida é servida na varanda, onde há uma mesa improvisada⁹⁵. Em alguns momentos observei as panelas serem trazidas do fogão e colocadas nessa mesa, de maneira que os pratos foram servidos pelas cuidadoras com auxílio dos moradores em relação à quantidade e variedade de comida. Em outros, as trabalhadoras trouxeram os pratos servidos da cozinha. A estagiária explicou que há um esforço para que os moradores se apropriem mais dessa tarefa (caderno de campo). Na maior parte das vezes observei os moradores se distribuindo pelo espaço da varanda, sentando no sofá, alguns nas cadeiras da mesa, outros no murinho da varanda. Os momentos de refeições que presenciei nesse SRT se revelaram rápidos, lembrando um pouco aquele movimento de maré observado na sala dessa mesma casa: os moradores permaneciam juntos no espaço da varanda até que os primeiros fossem terminando a refeição e se retirando dali, esvaziando o cômodo.

Nos dois SRT observei alguns tumultos envolvendo esse momento, sobretudo quando a comida estava sendo servida. Esses tumultos foram marcados ora por ansiedade dos moradores ou por conflitos que se iniciaram em outros horários e cômodos, mas que persistiam até o momento da refeição (caderno de campo). Nessas situações, as cuidadoras precisaram intervir mediando tanto a relação entre os próprios moradores como a relação deles com a comida. Carola é uma das moradoras que agencia esse tipo de situação na Casa de Maré, pois, não se conforma com a regulação feita de sua comida. Com diagnóstico de diabetes, a moradora encontra dificuldades para diminuir o consumo de alguns alimentos e em função disso, as cuidadoras precisam intervir na montagem do seu prato. Carola não gosta desse controle e costuma

⁹⁵ No início do campo havia uma mesa de madeira, mas ela estava, já à essa época, em um mau estado de conservação. Não demorou muito para que quebrasse e fosse substituída pela gambiarra feita com uma tábua de madeira MDF colocada sobre duas mesas de plástico menores.

burlar a intervenção se servindo desses alimentos quando as cuidadoras estão ocupadas com os demais moradores (caderno de campo).

De maneira geral temos que os momentos das refeições nas Casas de Dom Pedro e de Maré, descrevem movimentos opostos de seus moradores e também das trabalhadoras. Em uma das casas a comida, bem como outras atividades, promove concentração dos moradores no espaço enquanto na outra, há dispersão. Essa dispersão é percebida tanto dentro da própria Casa de Dom Pedro, no momento mesmo da refeição, como também em outros espaços: na forma do grupo andar na rua à caminho do restaurante e nos movimentos cotidianos demandados pelos moradores para acessar outros espaços onde podem saborear outras comidas que não têm na casa. Essa dispersão promove, com frequência, que os moradores e trabalhadoras ultrapassem os espaços do serviço, colocando-os em contato com outras variedades de comidas, outros temperos, outras companhias e também formas de realizar as refeições.

Na Casa de Maré, por outro lado, a comida aparece como concentrador dos movimentos dos moradores nos espaços mesmos da casa, confirmando o perfil de seus moradores. A supervisora comenta

Essa construção pra mim foi difícil, porque eu entrei achando que o correto, o ideal, é que eles ganhassem cada vez mais os espaços fora da casa. Então pra mim foi difícil, porque eles não topam muito sair. Eu digo: então a recusa deles de sair foi um balizador? Ela responde: sim, sim, acho que foi uma dificuldade. Eu acho que eu comecei a compreender um pouco melhor isso, quando eu assumi a supervisão de outra residência. Porque quando a minha referencia era só aqui, eu só podia escutar, às vezes, orientação dos meus superiores, até o relato dos meus colegas, mas a realidade é que cada casa tem moradores diferentes. Isso é uma coisa que também não é clichê, não tô falando por falar. Eu acho que isso é que dita o trabalho, é cada um que tá na casa. Isso faz o perfil da casa, a personalidade de cada morador, a subjetividade mesmo, que agora eu posso dizer que eles tem. Que é isso que eu acho que eles foram conquistando aos poucos. Quando você me pergunta como eles foram se apropriando da casa, eu acho que tem tudo a ver com subjetividade. A gente também atravessou momentos difíceis, com uma outra configuração de equipe. Acho que isso desacelerou um pouco um processo que já poderia estar mais avançado, esse processo de apropriação, mas estamos sujeitos a algumas coisas que são da vida. Quando a gente faz uma aposta, é uma aposta, pode dar certo ou não dar. Antigamente eu ficava muito frustrada porque a oferta de ganhar outros espaços além dos espaços da casa, ela sempre existe. Mas a recusa é frequente. Então assim, a gente tem algumas estratégias que a gente já identificou, pra tentar ser viável... porque só a oferta no discurso, ela é pouco as vezes pro morado compreender o que significa estar em outro lugar, então a gente já percebeu que às vezes passeios coletivos, tendem a influenciar os outros moradores. Se param dois ou três taxis na porta, aí eles já animam mais. Aqui tem uma coisa da concretude. As vezes a gente pode passar um mês falando de um passeio que será feito, tal dia, se eles querem, como que é, e na hora do vamos ver, aqueles que falaram que não iam acabam querendo, alguns que falaram que iam, acabam dando pra trás, tem uma coisa de ver o transporte na porta. Tem influencia também de quem está no plantão, tem muitas variáveis. Aqui é bem imprevisível

nesse sentido, então, programar, nós vamos programar um passeio, nós vamos alugar uma van que cabem tantas pessoas. Eu falo, gente, aluga pra mais, quem for, bem, quem não for, amém. Eu acho que é isso” (entrevista supervisora).

3.7: Territórios operacionais: despensa e escritório

3.7.a: Organização e administração do serviço que é casa: despensas e escritórios

Braga-Campos e Furtado(2011) abordam em seu trabalho um ponto que desde a criação dos SRT já se colocava como uma questão, qual seja, a construção de equipamentos que, se propondo a ser casa, são também serviços. Os autores explicam que o próprio nome “Serviço Residencial Terapêutico” trouxe questionamentos, sobretudo em relação aos termos “serviço” e “terapêutico” e justificam a escolha dessas palavras para viabilizar a inserção do serviço no Sistema Único de Saúde. As implicações que a proposta da construção de espaços que sejam regulados por diretrizes políticas nacionais e regionais ao mesmo tempo em que se propõem a abrigar construções particulares e privadas, são, segundo Braga-Campos e Furtado (2011), a essência mesma dos SRT.

Diante disso, no cotidiano desses serviços ocorrem situações e organizações que não são comuns a nenhuma das duas características em separado. A portaria que regulamenta os SRT, (BRASIL, 2000) traz orientações detalhadas sobre como deve ser o imóvel que o abrigará, bem como prescrições em relação aos usos dos espaços. A vigilância sanitária pode ser acionada para fiscalizar o serviço, de maneira que orientações que são usualmente banalizadas em uma casa, aqui devem ser cumpridas. Além disso, o fato de ser um serviço de saúde traz desdobramentos relacionados à medicação dos moradores que deve ser organizada, armazenada e distribuída todos os dias pelas trabalhadoras dos SRT, de maneira diferente daquela que usualmente podemos nos permitir organizar, armazenar e distribuir em nossas casas.

Por ser um serviço que se insere em uma rede, temos ainda outras peculiaridades relativas à organização dos espaços da casa e seus usos. Se no escritório de uma “casa particular”⁹⁶ imaginamos encontrar livros, documentos, cadernos, computadores, material de escritório, no escritório de um SRT encontramos históricos médicos, relatórios de desinstitucionalização, cadernos de anotações sobre o cotidiano de cada

⁹⁶ Estou aqui me referindo a casas que não são serviços

morador, burocracias relacionadas à medicação e à curatela, receitas médicas, material para separação e guarda de medicação, livros ata, cadernos de plantões, planilhas de prestação de contas, etc. Nesse espaço também ficam guardadas pequenas quantias de dinheiro de todos os moradores que possuem benefícios, além daquelas usadas para compra de mantimentos e materiais de limpeza da casa. Por conter todos esses materiais o escritório é um espaço regulado pela instituição de maneira tal que o acesso dos moradores precisa ser submetido à permissão das trabalhadoras e, na maioria das vezes, ele acontece na presença delas.

Na Casa de Rodas, não há um cômodo separado para o escritório, de maneira que esse material descrito acima fica guardado em um armário com tranca situado na copa da casa. Nos outros dois SRT eles se assemelham em relação à localização no imóvel, ficando abaixo do nível da rua, no andar de baixo das duas casas, próximos ao quintal e área de lavanderia. Durante a realização do campo observei, nesses dois SRT, que esse é um espaço ocupado majoritariamente pelas estagiárias e supervisoras, que ali executam parte da função burocrática que exercem na casa, enquanto as cuidadoras descrevem movimentos de acessos mais rápidos ao local para pegar objetos que ficam ali armazenados.

O escritório está diretamente relacionado ao problema do cigarro, uma vez que é esse o espaço onde esse objeto fica guardado para ser, cotidianamente distribuído entre os moradores fumantes, conforme os combinados de cada casa. Por saberem dessa organização, os moradores fumantes me pareceram especialmente atraídos por esse espaço, acessando-o com frequência quando estava aberto ou pedindo para que fosse aberto quando ele estava trancado. Como resposta a esses insistentes pedidos, as trabalhadoras das duas casas invocavam as orientações da supervisora. Em uma delas, Casa de Maré, essa orientação estava inclusive disponível por escrito, pregada na geladeira. Observei algumas vezes as trabalhadoras pedirem para o morador que requisitava um cigarro fora de hora para ir até a geladeira e ler o que estava escrito, podendo, por ele, se orientar sobre quando o próximo cigarro seria distribuído. Algumas vezes isso funcionou e o morador cessou com sua demanda, em outras, a invocação da orientação não fez efeito nenhum e o morador seguiu insistindo e diversificando as formas de pedir por um novo cigarro.

O problema do cigarro e sua regulação é algo que já aparecia no Hospital Transitório, sobretudo como um marcador da rotina e um objeto bastante procurado por muitos usuários. A discussão, já àquela época, era complexa e abrigava contradições:

uma instituição de saúde que regula a distribuição de cigarro. No entanto, se enxergamos o cigarro como uma droga, ele não parece tão distante das ofertas que os hospitais fazem aos seus doentes. Entendíamos, à época, que o uso do cigarro proporcionava alívio, prazer e bem estar aos usuários cumprindo uma importante função diante da restrição de espaços de circulação no qual viviam. Por outro lado, também entendíamos os malefícios do seu consumo, sobretudo ao levarmos em conta o uso prolongado e abusivo também dos medicamentos psiquiátricos.

Assim, começamos desde lá um trabalho para identificar o uso que cada um fazia dessa droga e quão prejudicial era esse uso para sua saúde clínica. Compreendíamos que pessoas diferentes faziam usos diferentes do cigarro, o que exigia que propuséssemos maneiras também diferentes para essa regulação. O espaço hospitalar se revelou bastante difícil para operacionalização dessa proposta que individualizava a regulação do uso, por vários fatores, dentre os quais destaco: o número elevado de pacientes, a equipe reduzida, divergências entre os profissionais. O que foi possível fazer nesse contexto foi a divisão dos custos do cigarro pelos usuários fumantes que recebiam benefício e organização dos horários nos quais ele era distribuído.

Havia momentos de tensão decorrentes dessa regulação. Alguns usuários desejavam fumar mais vezes do que os cigarros eram distribuídos e quando não conseguiam se arranjar⁹⁷ para conseguir esses cigarros extras, não era raro que essa tensão se materializava em algum tipo de conflito tanto entre os próprios pacientes, como envolvendo também funcionários. A equipe de desinstitucionalização acreditava ser possível apostar e construir um tipo de regulação que desse mais autonomia para os usuários, na qual eles pudessem se responsabilizar pelo uso, sendo informados dos prejuízos do consumo elevado, envolvidos nas discussões sobre os efeitos na sua própria saúde. No entanto, essa não foi uma tarefa fácil, uma vez que mesmo sabendo dessas informações, muitos usuários insistiam no uso intenso e se mobilizavam para tal.

Nos SRT pesquisados a regulação do uso se vale da mesma estratégia lançada no Hospital Transitório, qual seja, organização de horários para distribuição do cigarro. Para muitos moradores fumantes, o cigarro apareceu como algo que motiva o seu movimento, de maneira que circulam por espaços da casa à procura do objeto e/ou acionam as trabalhadoras e outros moradores nessa busca. A busca por cigarro,

⁹⁷ Pedindo a algum funcionário, barganhando com funcionários e colegas, fumando bitucas do chão, tomando o cigarro aceso de um colega, etc.

juntamente com a busca por comida e dinheiro permitiram observar alto grau de *motilidade* de alguns moradores, grau esse que não apareceu em outras esferas do cotidiano. Isso foi revelado em situações diversas, envolvendo diferentes tipos de capacidade, acesso e apropriação.

Nesses dois SRT, o escritório possui janelas que permitem a quem está de fora, observar o que está acontecendo lá dentro. Essa configuração espacial pareceu favorecer a construção de climas de tensão, conforme descrito nessa passagem, *Nelson estava batendo na porta da dispensa e chamando pela cuidadora. Em seguida se dirigiu para a janela do cômodo, gritando, xingando e ameaçando a cuidadora por causa de cigarro. Eu fiquei tensa!*” (caderno de campo). Isso não foi observado na Casa de Rodas, talvez pelo próprio perfil dos moradores ser bastante diferente entre as duas casas.

Pensando em motilidade como uma medida das relações desiguais de poder, conforme Hannam, Shellere Urry(2006), afirmam, o cigarro aparece como um interessante mediador das relações entre moradores e trabalhadores. Sugiro pensar essa questão a partir da espacialização do problema. Situado no escritório, o acesso ao cigarro depende da abertura da porta do cômodo que geralmente fica trancada. A chave fica sob a guarda das trabalhadoras. Tanto moradores quanto cuidadoras estão submetidos a uma regulação do acesso ao cigarro feita pela supervisora da casa⁹⁸. Entrementes o fato das cuidadoras serem as responsáveis pela execução de tal regulação, as coloca em uma posição diferente em relação aos moradores se estamos falando de acesso ao espaço onde o objeto está alocado. Ter a posse da chave do escritório as coloca tanto mais próximas ao objeto quanto como responsáveis diretas por sua distribuição.

Isso, por outro lado, não impede que os moradores usem das estratégias mais diversas para convencer as cuidadoras a lhes ofertar cigarros a mais ou fora do horário, como já foi descrito em outras seções. Também observei capacidade de persistência de alguns insistindo exaustivamente no pedido “me dá um cigarro”. Nesses percursos, há aqueles que seguem as cuidadoras por onde vão, aqueles que tentam abrir a porta do escritório por conta própria, aqueles que acessam de quando em quando as cuidadoras para pedir cigarro e em algumas raras vezes, observei um morador ameaçando uma cuidadora para que lhe desse cigarros. A posse da chave marca a assimetria na relação

⁹⁸ É a supervisora quem determina os horários e as quantidades de cigarro que são distribuídas aos moradores.

ao mesmo tempo em que direciona para onde os moradores devem concentrar esforços quando se trata de obter o que desejam. O dinheiro dispara o mesmo tipo de relação para alguns, entrando no lugar do objeto que os mobiliza em torno das cuidadoras.

Uma diferença entre esse cômodo dos dois SRT é o fato de em um deles o escritório ser um espaço misto, estando suas funções divididas entre despensa e escritório. O outro também se configurava assim no início da pesquisa, mas conforme discutido anteriormente, essa função mista foi dissolvida com a mudança do armário para guarda de comida para a copa da casa. Assim, na Casa de Dom Pedro o cômodo exerce função atrativa não só por conter o cigarro, mas por conter também grande parte da comida.

Na verdade, o escritório desse SRT abriga três objetos que foram categorizados ao longo da análise dos dados como objetos com alto potencial para mobilização dos moradores, em especial para aqueles que habitam a Casa de Dom Pedro. Observando esses objetos nos três serviços temos: a comida como chamariz para alguma forma de movimento nas três casas, preservando talvez esse lugar universal que é atribuído a ela por alguns estudiosos (FISCHLER, 1995; SIMMEL, 2004). O cigarro vem logo em segundo lugar, sendo um objeto mobilizador nas Casas de Maré e de Dom Pedro e por último, o dinheiro que aparece nessa categoria de objetos apenas para os moradores dessa última casa.

O problema da comida já foi discutido com maior detalhe anteriormente, o que gostaria de ressaltar aqui é certa classificação que a instituição faz dos alimentos que podem ficar acessíveis para os moradores e aqueles que não podem. Para tal classificação, é preciso levar em conta as necessidades de cada alimento, havendo aqueles que não podem ficar fora da geladeira e aqueles que podem, mas também a relação dos moradores com o alimento. A mudança para uma casa propõe, dentre outras coisas, uma mudança radical na existência, disposição, bem como em relação à possibilidade de acesso aos espaços de guarda e produção da comida. Isso deve ser levado em conta, uma vez que a comida é tanto o objeto mobilizador que aparece nas citações relativas aos três SRT, como a cozinha com seus eletrodomésticos básicos e a despensa são espaços a mais no cotidiano desses moradores, comparando com a arquitetura dos espaços do Hospital Transitório.

Diante disso, a arquitetura mesma do SRT, em comparação com o Hospital Transitório, traz consigo potencial de mobilidade, uma vez que oferta novos espaços que podem ser utilizados como lugares para socialização (JIRÓN, 2010). É importante

ressaltar, no entanto, que apenas a existência desses cômodos em si, sobretudo a despensa⁹⁹, pode não produzir qualquer efeito de mobilidade. O potencial de expansão dos espaços só se concretiza se observarmos como, na interação entre moradores e trabalhadoras, o uso do cômodo se configura. Para tanto, o conceito de motilidade de Kauffman(2014), se coloca, novamente, como um instrumento que ajuda a pensar.

Há um pequeno grupo de moradores que além de demonstrar conhecimento sobre a relação de complementariedade que se estabelece entre uma cozinha e uma despensa, usa essa informação no seu cotidiano, acessando os dois espaços em busca desse objeto e também relacionando os dois espaços a partir desse objeto, demonstrando assim alto grau de motilidade (KAUFFMAN, 2014). Dentro desse grupo, há uma moradora, da Casa de Dom Pedro, que não só busca o acesso a esses espaços como elabora pequenos projetos que se executam nos dois lugares. Raquel é assim colocada pelas trabalhadoras como alguém que pensa e propõe a execução de quitutes, como o bolo. Às vezes, como pude presenciar, esses projetos são disparados pela presença da moradora na despensa. Ao olhar para as comidas e ingredientes nas prateleiras do cômodo, Raquel imaginava como poderia usá-los, quais pratos seriam preparados, ressaltando aqui o aspecto imaginativo que Fischler, 1995, atribui à comida. Neguinho também se mostrou um morador bastante propositivo nesse sentido, sugerindo e auxiliando na execução de vitaminas e chás.

Na Casa de Maré um morador que agencia esse tipo de circuito é Luizinho, no caderno de campo está relatado assim:

Luizinho pede banana, aponta onde tá [no escritório que ainda funcionava também como despensa], me leva até lá. Subimos novamente, pois não tínhamos a chave. Luizinho para na cozinha, abre os armários em busca de banana, acha a garrafa de café vazia. Procura pela chave? Repete essa palavra algumas vezes, mas também algumas frases que eu não consigo entender. Abre o forno e por fim a geladeira, pega uma caneca [que estava lá dentro] e sai, deixando a porta da geladeira aberta” (caderno de campo).

O conhecimento de que a despensa é um lugar onde há comida provoca também movimentações para *acesso* e ocupação do espaço desatreladas da cozinha. Lila é uma das moradoras que foi vista por mim na despensa em busca de alimentação imediata. Como nessa casa os produtos estão dispostos em prateleiras, basta aos moradores ter *acesso* ao local para verificarem com quais tipos de alimento a despensa está abastecida. Ao protagonizar tal tipo de movimento, Lila escolheu dentre os produtos dispostos na

⁹⁹ Devido a sua localização nos imóveis das Casas de Dom Pedro e de Maré

prateleira, aqueles que já estavam prontos para o consumo, como é o caso do biscoito de polvilho. Uma vez encontrado, ali mesmo na despensa ela o comeu, dividindo com Raquel. Apesar desse espaço ter seu *acesso* regulado, nesse SRT observei certa liberdade dos moradores para abrir gavetas do armário da parte de escritório e pesquisar nas prateleiras da despensa, o que esbarra nos eixos *competência* e *apropriação* do conceito de motilidade (KAUFFMAN, 2014). Ressalto que a forma como as trabalhadoras se colocam durante o uso do espaço pelos moradores pode favorecer ou inibir o aprimoramento desses eixos por eles.

Já na Casa de Maré, o caráter da articulação do acesso aos dois espaços foi marcado por certa forma escondida: os moradores que acessaram o espaço durante a pesquisa o fizeram em momentos nos quais um deles estava vazio. Nessa forma de acesso, o tipo de *competência* que demonstram está relacionada à percepção da ausência das trabalhadoras nos espaços de *acesso* desejado.

O envolvimento dos moradores com as tarefas de preparo das refeições pareceu se dar, sobretudo, a partir da própria demanda e articulação de alguns deles, como descrito acima. Na Casa de Maré que pude perceber foi o movimento de uma cuidadora da noite para realizar atividades de cozinha na sala, estando assim mais perto dos moradores¹⁰⁰. A cuidadora explicou que gosta de picar as verduras ou legumes que irá preparar na janta perto dos moradores, pois aproveita esse tempo para se aproximar deles. O fato de estar realizando essa atividade algumas vezes acaba por provocar os moradores, que curiosos, se interessam pela verdura que está sendo picada, pelo instrumento que a cuidadora está utilizando e também pela atividade em si.

Os movimentos dos moradores em torno da despensa e também da cozinha, me pareceram movimentos mais individuais, mais diluídos e menos insistentes, às vezes até em certo formato clandestino, quando parecem preferir acessar o espaço na ausência das trabalhadoras.

Disso percebemos que em cada uma das casas, os moradores se envolvem de maneiras diferentes com os espaços das despensas e com os espaços das despensas articulados aos das cozinhas. Se por um lado observamos que alguns moradores da Casa de Dom Pedro são mais propositivos e protagonistas no uso desses espaços, percebemos que tal protagonismo começa com o próprio interesse desses sujeitos nos objetos que ficam ali guardados. Esse interesse parece já ter provocado movimentos tais que

¹⁰⁰ Notei nessa situação que a despensa não aparece como um espaço de acesso nessa atividade: a cuidadora já chegou na sala com o ingrediente e os instrumentos usados em mãos.

repetidos com alguma frequência e intensidade, modularam a própria regulação que as trabalhadoras fazem desse espaço. Querendo comer algo eles sabem que a despensa é um lugar onde acessar. Mobilizando as trabalhadoras através de falas ou gestos ou aproveitando dos momentos nos quais são as trabalhadoras que precisam abrir a despensa/escritório, eles se deparam com a variedade de comidas disponíveis na casa. Uma vez com essa informação em mãos, negociam o uso das comidas que desejam, mas também, outros retornos à dispensa. As trabalhadoras, ao observarem esse movimento agem ora como barreiras, dificultando o acesso ao cômodo e/ou regulando mais de perto o uso do espaço¹⁰¹, ora como incentivadoras, sugerindo que o morador transforme a comida da despensa em uma refeição coletiva para os demais moradores da casa (caderno de campo).

Na Casa de Maré também observei movimento de alguns moradores motivados por objetos que por um longo período ficaram guardados na despensa/escritório. Aqui no entanto, há uma diferença importante: enquanto estava no escritório ou depois de ter ido para a copa, a comida fica trancada dentro de um armário de madeira, que era utilizado no Hospital Transitório como armário de roupas. Esse armário não permite ao observador ver o que está ali armazenado. Assim, parece haver uma barreira um pouco maior nessa casa em relação ao caminho que os moradores precisam percorrer não só para pegar a comida, como para ter acesso também à informação sobre qual tipo de comida que a casa dispõe.

Em termos de *motilidade*, o fato de a despensa ter mudado de lugar muda também habilidades requeridas para o acesso a esse espaço, já que antes era preciso descer escadas para encontra-la e atualmente ela se localiza no mesmo piso dos quartos. A própria supervisora explica, “pelo fato da casa ter dois pavimentos, e acho que isso tem uma influencia direta, e o fato da maioria deles ser idosos, o acesso a essa parte da casa (escritório/despensa) não é tão fácil para todos os moradores. Eu considero que acessar esse espaço da casa (o pavimento de baixo) é uma medida da apropriação pelos moradores, do espaço” (sic) (entrevista supervisora). Com essa fala a supervisora revela que em alguma medida, está pensando na *motilidade* dos moradores, sobretudo quando aborda a questão das *habilidades e capacidades* e propõe uma intervenção no espaço a partir do que constata.

¹⁰¹A regulação ao acesso e uso desse espaço se deu, durante a pesquisa, em função de alguns fatores, tais como: disponibilidade da cuidadora para acompanhar o preparo do alimento; a forma com a qual o morador propôs tal atividade (por exemplo, morador propondo fazer um suco a partir do ingrediente que pegou escondido na despensa); alguns excessos (quando o morador está comendo demais ou de menos).

3.8: Intimidade e cuidado do corpo nos quartos e banheiros: espaços privados

Uma vez que passamos pelos espaços coletivos e operacionais das casas, chegamos aos espaços de maior privacidade, os quartos e banheiros. Ressalto que durante a realização do trabalho de campo mantive certa restrição ao meu acesso a esses espaços. Tive receio que minha presença fosse por demais excessiva e me mantive, a maior parte do tempo, nos espaços da casa que convencionalmente se destinam a abrigar uma visita. Avancei para outros espaços, a partir de convites dos próprios moradores e trabalhadoras e outras vezes, mediante pedido de permissão para os habitantes dos quartos.

3.8. a: Quartos

Dentre nove quartos habitados pelos usuários participantes da pesquisa, dois são divididos entre três moradores, seis são divididos entre dois e um é individual. Essa divisão está baseada no número de camas que cada quarto abriga. Apenas na Casa de Rodas há um quarto misto. Há, no entanto, arranjos outros feitos pelos próprios moradores ao longo da sua estadia nesses serviços. Isso foi observado nas Casas de Maré e de Dom Pedro, em função da autonomia com a qual os moradores dessas casas movimentam seus corpos. Na Casa de Rodas, onde os moradores dependem de auxílio para se deslocar, não observei ou escutei relatos de que os participantes da pesquisa acessam os outros quartos da casa. Nesse SRT, esse cômodo foi o mais citado dentre os demais além de ter sido atribuído a todos os moradores como espaço da mobilidade, demonstrando assim o protagonismo desse espaço nas rotinas dessa casa.

Nos outros dois SRT não foi possível observar ocupação tão homogênea dos quartos. Na Casa de Dom Pedro, ele foi citado como espaço da mobilidade de três dos seis moradores e na Casa de Maré, ele não foi citado como tal para apenas um dos seis moradores participantes. Outra diferença observada foi em relação à presença nos quartos de outros moradores, que foram colocados como espaços da mobilidade para três habitantes da Casa de Dom Pedro. Isso não apareceu nas entrevistas com as trabalhadoras da Casa de Maré, pelo contrário, o que apareceu foi o relato de que a moradora Bárbara nunca foi vista “no quarto dos meninos” (sic) (entrevista cuidadora),

o que foi justificado pela cuidadora: “acho que é porque ela não tem curiosidade de ir lá” (sic) (entrevista cuidadora).

O problema do gênero aparece tanto na distribuição dos moradores pelos quartos, e também outros espaços da casa, como na regulação, exercida por eles próprios, de quem entra ou sai desses cômodos. De maneira geral as mobilidades femininas e masculinas, se distribuem de formas parecidas em termos de alternância entre quietude e movimento. No entanto, considerando as Casas de Maré e de Dom Pedro, os movimentos das mulheres parecem ocorrer entre um número menor de espaços do que os dos homens. Há homens acessando o segundo pavimento das duas casas em ritmos e frequências mais variadas do que quando o protagonista da ação é mulher.

Quando o assunto é quietude, o grupo das mulheres é o único que realiza uma forma de gestão do espaço do seu quarto que produz regulação ao seu acesso. Nas duas casas há dois quartos individuais¹⁰². Os dois são ocupados por mulheres. É também uma mulher a única a ter investido seu dinheiro na compra de um guarda-roupas diferente dos demais. Dentre os participantes da pesquisa, apenas uma mulher parece tecer seu território de forma tal que procure constantemente proteção. Ela foi a única que se queixou ou demonstrou medo de apanhar e ser “arregaçada” (sic) (entrevista cuidadora). Diante disso percebo que ao me debruçar sobre as mobilidades femininas a partir dos quartos fui levada a refletir sobre essas mobilidades também em outros espaços casa. Abaixo discutirei algumas questões relacionadas a isso, tendo como ponto de ancoragem os quartos.

Hanson, 2010, considera que mobilidade e gênero são termos indissociáveis e se pergunta como mobilidade modela o gênero e como gênero modela a mobilidade? No que tange a essa pesquisa, me cabe tomar essa pergunta como orientadora para descrição do trabalho que algumas moradoras vêm fazendo para construir lugares seguros e de intimidade para si. Começando por Lila, o quarto da moradora é o único da casa que é mantido com a porta fechada, regulação realizada pela própria moradora. A cuidadora explica,

[o quarto] fica com a porta fechada, lá ela se sente segura. O quarto é um lugar bem íntimo dela, ela regula quem entra e quem sai. Os outros moradores tem respeito por isso, às vezes burlam [essa regulação] e entram.

¹⁰² Um é o quarto de Lila, originalmente projetador dessa forma e o outro de Carola, que o dividia com Noiva, mas por divergências na convivência, Noiva passou a dormir no sofá da sala todos os dias, deixando o espaço do quarto para sua colega.

Quando isso acontece, ela não entra em seu quarto e aciona uma cuidadora”
(sic) (entrevista cuidadora).

Em outra fala, a mesma cuidadora conta sobre os hábitos de Lila pela manhã, “acorda, toma café e tira a roupa. Por isso, pela manhã fica mais no quarto, depois ela mesma pede para ir tomar banho, escolhe a própria roupa (que vai usar depois do banho)” (sic) (entrevista cuidadora). Não há muita diferença, em relação à mobília, desse espaço para os demais: todos os quartos possuem cama e armário. Lila também guarda duas bolas coloridas nesse território que é só seu e, segundo relato da cuidadora, pede pela manhã para que sua coberta seja trancada para evitar que Tião se aproprie dela.

O quarto aqui assume aspectos de fortaleza, de enclave, onde, em uma escala de comparação com os demais cômodos da casa, há traços de quietude, mas na escala do corpo, o quarto pode se revelar um espaço privilegiado para que pequenos movimentos de prazer aconteçam. Ao produzir uma barreira a um fluxo/movimento de fora, Lila reduz, por alguns momentos, seu espaço de ação, mas ao mesmo tempo parece criar as condições ideais para amplificar pequenos movimentos na escala do seu corpo. Algumas trabalhadoras contam que durante a estadia no quarto, nesse período da manhã, Lila costuma desenvolver atividades de relação íntima com seu corpo, como a masturbação, transformando o espaço em um *território de intimidade*.

Apesar de não contar com tal separação dos demais moradores da casa, Bela também é uma moradora que demonstrou fazer do seu quarto um espaço de reserva, um *território de intimidade* onde descreve movimentos de prazer consigo mesma. Nesse caso, o espaço se configura de outra forma, pois o quarto não possui porta, além de ser dividido com outro morador, Felipe. No entanto, isso não impede que Bela construa esse território à sua maneira, onde, através de alguns movimentos, sente prazer com o próprio corpo. Bela foi descrita em entrevista como uma moradora que gosta muito de ficar na cama, algo que já era notado no Hospital Transitório. As trabalhadoras também relataram surpresa com o hábito da moradora de se masturbar quando está no quarto e que, apesar da surpresa, vêm esse movimento como algo natural. Assim, quando percebem que Bela está nesse *território de intimidade*, evitam interrompê-la (caderno de campo), demonstrando dessa maneira que os movimentos da moradora provocam, de forma secundária, também uma regulação do acesso ao espaço.

Algo que se mantém, desde o hospital, é o encantamento da moradora com a própria mão, sobretudo quando de unhas pintadas. No SRT pude presenciá-la em um

movimento pueril, desfilando a própria mão na altura do rosto e a seguindo com o olhar, chegando algumas vezes a gargalhar com esse movimento.

Outros movimentos femininos que ganharam contornos de intimidade nos quartos foram relacionados aos guarda-roupas. Raquel é quem protagoniza essa cena. A moradora é a única dentre as pesquisadas que investiu parte do seu dinheiro na compra de um guarda-roupa novo. Ela foi à loja, acompanhada da supervisora e escolheu o móvel no formato, cor e dimensões que desejava. Muito vaidosa, organiza seus pertences, que desde o hospital são muitos, no armário rosa e branco que comprou. Me pareceu que os demais moradores respeitam o espaço do guarda-roupas de Raquel, embora ela o mantenha trancado, à mesma maneira que os outros guarda-roupas da casa.

Na Casa de Maré temos as mulheres protagonizando circuitos de sombreamento das cuidadoras e também as cuidadoras protagonizando circuitos de sombreamento de algumas moradoras. O uso desse termo nessa parte da pesquisa, se refere a movimentos que moradoras ou cuidadoras desenvolvem para acompanhar, por um período de tempo, umas as outras durante as ocupações diárias. Não envolve necessariamente participação nessas ocupações, mas proximidade entre aquela que a está realizando e aquela que sombreia.

A intenção de tal sombreamento também difere daquela atribuída a sua função metodológica. Aqui, cuidadoras e moradoras não estão buscando compreender as práticas de mobilidades umas das outras. Dentre os motivos para que as moradoras sombreiem as cuidadoras, encontrei: interesse na atividade que está sendo desenvolvida, afeto que sentem pela cuidadora ou sentimento de segurança na companhia da cuidadora (caderno de campo). Por sua vez, ao observar os movimentos das cuidadoras ao sombrearem as moradoras, percebi que os motivos não se distanciam muito dos descritos acima, sobretudo no que se refere à segurança. Uma das cuidadoras explica: *eu sempre fico mais do lado dela porque ela agride os outros, dá um arranca rabo. E também para evitar que ela se agrida* (sic) (entrevista com cuidadora).

Novamente o ponto da segurança aparece relacionado às formas como as mulheres organizam seus percursos, aqui, no entanto, a figura da cuidadora também surge na cena tanto como aquela que pode oferecer proteção e como aquela que estando por perto regula as ações das moradoras.

Falando sobre mobilidades masculinas, os quartos são cenários para longos momentos de quietudes; para momentos de cochilos após as refeições; lugares

raramente usados por moradores durante o dia, como é o caso de Neguinho e Sabiá; e também cenários que abrigam arranjos dos próprios moradores para se aproximarem uns dos outros. Neguinho foi citado pelas trabalhadoras como alguém que leva seu colchão, com alguma frequência, para o quarto de Raquel e Pai Ioiô, para dormir no mesmo cômodo que eles.

Para alguns moradores a relação com o armário é bastante mediada pelas trabalhadoras, de maneira que não têm acesso livre aos pertences que lá estão guardados. Isso foi observado apenas na Casa de Dom Pedro, como uma forma da instituição lidar com o movimento de Tião de recolher roupas para rasga-las. Nessa busca, Tião avariou todos os guarda-roupas da casa, retirando de muitos, as portas. Como resposta, além das construções descritas na sessão “Gestão espaço-tempo”, os armários também são mantidos trancados e as chaves ficam sob a guarda das cuidadoras que, tendo livre acesso a esses espaços, precisam ser acionadas pelos moradores quando desejam abrir seus guarda-roupas.

Luizinho, na Casa de Maré, desenvolve relação íntima tanto no espaço do seu quarto, atividades de prazer com seu próprio corpo, masturbação, como também com seu guarda-roupas, em um movimento que se repete cotidianamente se parecendo com um ritual: *[ele]mexe no guarda-roupa dele: tira as roupas, embola e coloca de volta* (sic) (entrevista cuidadora). Observamos assim a constituição do quarto como dois tipos diferentes de territórios: de intimidade e particulares. Nessa casa, ao contrário da Casa de Dom Pedro, os armários não só não permanecem trancados, como as portas de muitos deles estavam abertas durante a maior parte dos dias em que eu estava realizando a pesquisa (caderno de campo).

No Hospital Transitório a ocupação e os usos dos quartos guardavam alguma semelhança com aqueles observados aqui (constituição de territórios de intimidade e particulares). Entrementes, nos SRT parece haver um pouco mais de liberdade na forma dessa relação, já que há a possibilidade de diferenciação do guarda-roupas, como no caso de Raquel e de uma maior regulação de quem entra e sai do cômodo, como no caso de Lila. De maneira geral, a maioria dos moradores participantes dessa pesquisa mantiveram certo padrão de uso dos quartos, em relação ao que foi observado no hospital. E isso é algo que se distribui de maneira relativamente homogênea em cada uma das três casas. Assim, há uma gradação, na qual a Casa de Dom Pedro foi aquela no qual os moradores menos ficaram em seus quartos, seguida da Casa de Maré, no qual

a presença dos moradores em seus quartos foi bem mais marcante e finalizando com a Casa de Rodas, onde os quartos tiveram importante protagonismo nas cenas observadas.

Assim a partir da observação dos movimentos nos quartos, é possível perceber diferenças nas formas com as quais homens e mulheres constroem seus *territórios de intimidade*, sobretudo em relação à regulação do acesso ao quarto. Interessante ressaltar uma diferença proeminente nas formas dessa regulação: algumas mulheres apareceram, durante a pesquisa, como aquelas que limitam/impedem o acesso de outros ao seu quarto, enquanto os homens apareceram não só se deslocando pelos quartos de outros homens, como acolhendo o colega que aparece no seu espaço. Dessa maneira, enquanto os quartos se tornaram *territórios de intimidade* das moradoras, para alguns moradores eles se configuraram como *territórios de encontro*.

3.8.b: Banheiros

Durante a minha prática no Hospital Transitório, me dediquei algumas vezes a acompanhar o processo dos banhos. Com hora marcada e organizado através de filas, nas quais a maioria dos usuários se colocavam já despidos, o banho era uma atividade institucional de cuidado com os corpos que chamava a atenção pela forma coletiva de sua execução. No verão ou inverno, dia útil ou final de semana, o técnico de enfermagem preparava o espaço enquanto os usuários aguardavam na fila: calçava botas e luvas e vestia o avental; se dirigia para o banheiro levando o sabonete líquido sem cheiro que era usado também como shampoo, a toca de cabelo que era usada como bucha, as toalhas e o saco preto no qual as roupas limpas estavam guardadas. Às vezes, antes do início de todo o processo, abria esse saco e fazia uma previsão sobre qual peça caberia em qual usuário.

Em algumas situações a maçaneta da torneira do chuveiro também ficava sob seus cuidados e ele precisava levá-la nesse momento, pois era a única forma de ligar o registro. Com ela, ligava o chuveiro e ia chamando os usuários conforme a fila. Não era preciso fechar o chuveiro entre um banho e outro, pois o intervalo entre o corpo que entrava e o que saía era menor do que o tempo necessário para abrir e fechar o registro. Numa espécie de produção em série, os usuários se deslocavam da fila para o chuveiro, do chuveiro para o cômodo contíguo ao banheiro, que as vezes era um quarto, as vezes o próprio posto de enfermagem. Ali recebiam toalha, se enxugavam, e eram vestidos com a roupa distribuída pelo trabalhador.

Como descrito na seção sobre a cozinha, a rotina no Hospital Transitório era bastante marcada por fluxos que produziam ora aglomeração, ora espriamento dos usuários pelo espaço. A aglomeração era produzida em torno ou em função de uma atividade: pela manhã o banho, depois o almoço, no final do dia o jantar e, entre uma atividade e outra, as distribuições de cigarro e remédio. O espriamento era quase uma consequência do final dessas atividades, uma vez terminadas, cada um voltava para sua rotina, para os seus circuitos. Era pouco comum ver os usuários aglomerados fora dessas ocasiões, mesmo em duplas ou trios, não era comum vê-los. Os víamos com maior frequência sozinhos, isolados ou conversando com algum trabalhador, às vezes sentavam ao lado de outro usuário e passavam longos períodos em uma espécie de silêncio acompanhado, sem qualquer *signal de interação*.

Os momentos de aglomeração produziam maior fricção e conseqüentemente conflitos. No caso do banheiro, às vezes havia brigas pelos lugares na fila, às vezes pelas roupas que eram ofertadas ou conflitos favorecidos pela própria aglomeração e espera, tal como discutido em relação ao portão da rampa do refeitório. Havia usuários que se recusavam a tomar banho, provocando os técnicos de enfermagem a procura-los pelo hospital e convencê-los a entrar no chuveiro. A instituição mantinha um protocolo para execução da atividade, os usuários, bem como os trabalhadores, variavam a sua disponibilidade para cumprir tal protocolo à risca.

Alguns dos banheiros do Hospital Transitório ficavam trancados na maior parte do dia, seguindo, de certa forma, a linha da gestão do espaço que era usada na Clínica Serra Verde. Essa medida foi tomada, segundo informações da instituição à época, em função da dificuldade que os usuários apresentavam para uso desses espaços: deixavam a torneira ligada, mexiam no encanamento das privadas, levando às vezes ao entupimento, disparavam as descargas, abriam os chuveiros. Esse tipo de uso do banheiro era parte do circuito de alguns poucos usuários que se colocavam como exploradores do território hospitalar.

Talvez a prática desses exploradores do território hospitalar os aproxime das práticas errantes quando são reconhecidas como usos conflituosos que contrariam os usos planejados dos espaços (JACQUES, 2012). É importante fazer aqui uma ressalva sobre os termos “usos planejados dos espaços”. Embora a autora esteja tratando dos espaços da cidade, a partir da concepção do planejamento e urbanismo, aqui, estou usando essa perspectiva para olhar para o uso dos espaços do Hospital Transitório e também dos SRT. Como venho discutindo durante toda a pesquisa, estou

compreendendo que os espaços podem abrigar em sua natureza uma funcionalidade, como o refeitório se destina à refeição e o banheiro às práticas de cuidado com o corpo. No entanto, eles podem ser transformados em territórios a partir da ação dos sujeitos, do seu investimento de energia, como ensina Raffestin(1993).

Assim, não era raro encontrar alguns dos usuários que descreviam esses percursos em locais os mais diversos e inesperados, bem como naqueles quase nunca frequentados pelo restante das pessoas que transitavam pelo hospital. Pai Ioiô é um representante emblemático desse tipo de circuito, silencioso e ágil, ele se esgueirava pelos cantos desertos do hospital, acessando, com frequência, espaços que eram restringidos ao trânsito dos usuários. Pelo tipo de movimentação e pelos lugares que acessava, se tornou um grande conhecido dos trabalhadores da manutenção do hospital, que não raro precisavam acessar esses espaços desertos ou mesmo os banheiros para realizar algum reparo e o encontravam por lá. Ele, como outros que descreviam tais circuitos, eram aqueles usuários com os quais os trabalhadores da manutenção tinham mais proximidade. A relação que foram criando entre si e com esses lugares, permitia que esses usuários tivessem vivências que não estavam disponíveis em outros espaços e a partir de outras relações.

Eu sempre via Pai Ioiô no hospital como um explorador das fronteiras e limites do imóvel: juntamente com Zuzu, eles desenhavam, através do movimento de seus corpos, os limites físicos da instituição, faziam a sua borda, adentrando também em quase todos os cômodos. Pai Ioiô, no entanto, além de fazer essa espécie de “cartografia do limite” com os pés, provocava o movimento de alguns objetos, deslocando-os dos seus lugares originais e arremessando-os para fora dos limites da instituição. Com isso, chinelos, revistas, roupas, lápis e outros objetos mais inusitados, como copos, pratos, talheres eram lançados para além dos muros encontrando às vezes uma casa vizinha, às vezes o próprio telhado do hospital. Em alguns desse último caso, os trabalhadores da manutenção e também da limpeza, faziam o resgate dos objetos, devolvendo-os aos seus lugares de origem ou jogando no lixo. Pai Ioiô não só desenhava o espaço, como, com seu movimento, o transformava, produzindo incremento na função de alguns trabalhadores.

Na Casa de Dom Pedro, essa inquietude persiste. Dentre os espaços pelos quais circula, *anda a casa toda, é o que mais anda[...], entra em todos os quartos, mas o lugar que mais gosta é o banheiro, porque lá ele pode mexer com água: vai enchendo as canecas[com água]e jogando fora, às vezes bebe também* (sic) (entrevista com

cuidadora). A estagiária relata que Pai Ioiô inclusive tem o costume de almoçar no banheiro,

[Pai Ioiô] tem um ritual: pega o prato [servido de comida] e vai almoçar no banheiro. Isso tá sendo trabalhado com ele. Foi sendo introduzido para ele comer na copa, mas ele comia do lado de fora, às vezes tem aceitado comer na ponta da mesa (sic) (entrevista estagiária).

Outro comportamento que persiste na rotina desse morador é aquele de lançar objetos através dos muros da casa:

Pai Ioiô tem uma relação diferente com a vizinhança: gosta de jogar, através dos muros, objetos variados, como: calçados, pratos e roupas. Em função disso foi instalada uma tela no espaço aéreo, do lado de fora da casa. Ainda assim, há objetos “pendurados” na tela, que foram jogados por ele (caderno de campo).

A supervisora explica que as

telas foram colocadas em função de Pai Ioiô jogar tudo na vizinhança e para conter um pouco Neguinho, que pulava muito o muro, o portão, pulava na casa dos vizinhos, e também para proteger a casa e a vizinhança dos objetos jogados (sic) (entrevista com supervisora).

Observo que na Casa de Dom Pedro, Pai Ioiô se coloca, como um poderoso agente de construção daquele espaço-tempo, mobilizando os demais agentes que por ali circulam: as cuidadoras relatam gastar boa parte do seu tempo se preocupando com a localização dele na casa; a estagiária fala da constante presença do morador no espaço do escritório fazendo algumas demandas, quando ela está trabalhando naquele cômodo; a supervisora precisa negociar constantemente com a vizinhança que demanda uma solução para o problema dos objetos jogados pelo muro por ele (caderno de campo).

Ao olhar para as reverberações produzidas pelas práticas de mobilidade de Pai Ioiô na casa percebi que elas ultrapassam os limites físicos do SRT. Recorrendo então à ideia de escala de Howitt, 2003, observei que as práticas de Pai Ioiô colocam o espaço do SRT em relação com outras casas da rua. Se essa relação começa pelo próprio morador, que lança objetos nas casas vizinhas, é a supervisora do SRT quem dá continuidade ao processo, ao optar por dialogar com a cidade¹⁰³, dizendo para a vizinhança da história dos moradores, da função do serviço e propondo estratégias para fazer a relação entre os espaços alcançar a escala da relação entre os sujeitos e caminhar de forma menos conflituosa (caderno de campo).

¹⁰³ Em alguns momentos essa supervisora promove também a participação do morador envolvido.

Dentro dos espaços da casa, esse tipo de diálogo também parece ser necessário¹⁰⁴, mas também a introdução de novas estratégias, como é o caso do Acompanhante Terapêutico. Pedro é o psicólogo recém-formado contratado para a função, pago com parte do benefício que Pai Ioiô recebe. *Ele explica: é da característica de Pai Ioiô a liberdade. Ele ainda não conseguiu assimilar a casa como um lar. [...]ele gosta de andar, tem um passo rápido, isso motiva a saída dele, gosta de sair para andar sem limites* (sic) (entrevista com A.T.). Através desse recurso a supervisora pretende que o morador aprenda a localizar a casa no espaço da cidade, através do aprendizado do endereço do SRT, à princípio (entrevista supervisora).

Em termos de diálogos que precisam ser feitos dentro do próprio SRT e estratégias que precisam ser construídas, o banheiro da Casa de Maré se coloca como um espaço disparador de tais efeitos. A água aparece como um chamariz para a ocupação do espaço. Luizinho e Carola são os usuários que se servem com maior frequência e duração desse objeto. Segundo relato da estagiária, (Carola) *fala que tem que tomar três banhos por dia* (sic) (entrevista estagiária), algo que é interpretado como parte dos hábitos da rotina dela e de um circuito ritualístico que aparece integrado ao costume de trocar de roupa várias vezes ao dia também. Ainda segundo a estagiária, esse uso do banheiro se concentra na parte da manhã. Por outro lado, uma cuidadora explica que a medida do acesso ao banheiro diz muito sobre o humor da moradora, “quando tá assim (*pirraçando*), não gosta de tomar banho” (sic) (entrevista com cuidadora).

Em termos de construção ritualística, o banheiro parece ser o espaço da casa que uma vez usado como cena desse tipo de construção, traz maiores implicações práticas para a instituição. Tal é o problema do entupimento¹⁰⁵, que já era observado no Hospital Transitório, mas também da conta de água que “veio muito alta” (sic) (caderno de campo), como foi relatado por uma trabalhadora da Casa de Maré. Luizinho é o grande protagonista desse aumento, segundo a trabalhadora. Tendo o banheiro sido elencado como um *território de intimidade e particular* do morador, ela detalha esse uso,

ele fica tomando banho um tempão, hoje eu pedi pra ele sair, porque eu tinha que lavar o banheiro. Aí eu coloquei o chuveiro no frio, porque eu sei que ele

¹⁰⁴ Retomar com as trabalhadoras a história do morador e a função do serviço para construir estratégias de convivência.

¹⁰⁵ Na Casa de Dom Pedro durante a realização da pesquisa um dos banheiros ficou interditado para qualquer tipo de uso por duas semanas. Segundo relato da cuidadora, os entupimentos são frequentes.

não gosta de água fria, aí, o quê que ele fez? Veio pro chuveiro (do banheiro) aqui de baixo (sic) (entrevista com cuidadora).

Por fim, na Casa de Rodas, o uso do banheiro acontece sempre acompanhado de alguma trabalhadora, em função das características dos moradores, e em uma frequência menor do que nas outras casas, também em função dessas características. Como discutido na sessão sobre a gestão do espaço-tempo a decisão sobre o horário do banho aparece como uma questão complexa de negociação entre as demandas dos moradores e as demandas das trabalhadoras.

No banheiro dessa casa pude observar um momento dessa negociação, no dia em que uma trabalhadora, para convencer um morador a ser levado para o banho, foi empurrando sua cadeira enquanto cantava uma música do Roberto Carlos. O morador que a princípio estava resistente e protestando com falas e gritos a caminho do banheiro, ao ouvir a canção começou a se acalmar e permitir que a trabalhadora lavasse seu corpo. O banho, que começou como uma atividade incômoda e com a promessa da trabalhadora de que não demoraria, foi aos poucos se transformando em uma atividade prazerosa, na qual o morador parecia querer se estender por tanto tempo quanto suportasse repetir o refrão: *eu já não posso mais, olhar nosso jardim, lá não existem flores, tudo morreu* (Canção “As flores do jardim da nossa casa” de Roberto e Erasmo Carlos) (caderno de campo).

Chama atenção aqui, também a perspectiva escalar, quando observamos a relação na qual os espaços dos corpos do morador e da trabalhadora foram colocados (HOWITT, 2003): a cuidadora precisa lavar todo o corpo do morador, mas para tanto, precisa da sua permissão. O uso da música como um recurso para facilitar essa relação é algo que também merece ser ressaltado, uma vez que promoveu a transformação do conflito que se delineava ao início da atividade.

Como mencionado anteriormente, durante a pesquisa de campo, evitei de fazer muitas observações nos espaços dos banheiros. Assim, a maior parte dos dados gerados em relação aos banheiros foi colhida pelas entrevistas. Também em função dessa forma de compreensão do espaço, optei por não fotografar esses cômodos, bem como evitei de fotografar os quartos. Em relação à organização física nos três SRT, são banheiros grandes, com poucos móveis e poucos objetos (incluindo a falta de toalhas para secar as mãos e sabonetes¹⁰⁶). Apenas na Casa de Maré há lixo dentro do banheiro. Apenas na

¹⁰⁶ As razões dadas para essa falta são: dificuldades no manejo do uso desses objetos pelos moradores

Casa de Dom Pedro há cortina ou box separando o espaço do chuveiro daquele do vaso sanitário.

Banheiros e quartos aparecem a partir do que foi exposto acima, como espaços que, ao abrigarem diferentes tipos de circuitos e usos ora se distanciam, ora se aproximam da sua funcionalidade. Curiosamente o problema do gênero relacionado à mobilidade emergiu de forma mais proeminente justamente nesse momento da análise dos dados, quando cheguei aos espaços privados. Aqui, mais uma vez se confirmou a diferença das construções dos espaços, observadas a partir das práticas de mobilidade dos agentes.

Embora tenha descrito ao longo das últimas sessões algumas situações de interlocução com a rua, como quando Felipe vai assistir ao futebol na praça ou Neguinho vai ao sacolão, avalio ser importante poder aprofundar um pouco nesses tipos de situações. Em decorrência disso, dedicarei a próxima sessão a trabalhar outras situações que retrataram esse tipo de interlocução.

3.9: Práticas de mobilidade dos sujeitos loucos nos espaços da cidade: o acesso ao mundo de fora dos SRT

Ir à rua era a orientação para o trabalho da Equipe de Desinstitucionalização no Hospital Transitório. Trabalho esse compreendido nas palavras de alguns de seus integrantes como “reapresentar a cidade para os usuários”; “puxar para fora”; “trabalhar com vistas para a rua” (grupo focal). Durante o grupo focal, esse grupo de trabalhadores discutiu bastante sobre a sua função dentro do hospital e os pontos levantados nessa discussão se comunicam, de maneira significativa, com alguns pontos da teoria da mobilidade¹⁰⁷. Isso encontrou ressonância em ações de trabalhadoras nos espaços de alguns SRT pesquisados, conforme vim discutindo ao longo da pesquisa. Provocar mudança de lugar de objetos como uma estratégia para produzir mudança nas práticas de mobilidade dos moradores e trabalhadoras pareceu ser uma forma de gestão e construção do espaço-tempo nas Casas de Maré e de Dom Pedro. Na Casa de Rodas me pareceu que são mais os moradores do que os objetos que são manejados pelos espaços da casa com esse objetivo.

¹⁰⁷ Sobretudo em relação à concepção de que a mobilidade é uma prática social e urbana que possibilita restrição ou expansão de espaços potenciais de socialização (JIRÓN, 2010)

Tendo encontrado essas formas variadas de gestão e construção do espaço-tempo dentro dos SRT, me surpreendi, como já mencionado anteriormente, com o protagonismo desses espaços (os SRT) no cotidiano dos sujeitos pesquisados quando em comparação com outros espaços da cidade, incluindo aqui equipamentos da rede de saúde mental e de saúde. Pensando nas categorias criadas a partir da descrição geral da mobilidade no Hospital Transitório, observei a manutenção da predominância das práticas de mobilidade no que poderia ser chamado de Grupo de dentro¹⁰⁸. A forma qualitativa dessas práticas, no entanto, mostrou diferenças significativas entre as casas e entre as práticas que eram executadas dentro do hospital, como discutido no capítulo anterior. Interessa agora fazer esse mesmo exercício em relação às práticas desenvolvidas nos espaços de fora do SRT.

Seguindo a linha que vem sendo observada, a diferença entre as casas é marcante também aqui. Na Casa de Maré as práticas de mobilidade nos espaços de fora da casa foram majoritariamente destinadas ao cuidado clínico e psiquiátrico dos moradores e demandadas¹⁰⁹, pelas trabalhadoras do serviço. Na Casa de Dom Pedro essas práticas foram motivadas por pretextos diversos, variando desde saídas acompanhadas para consultas médicas e odontológicas, até saídas sem acompanhante para realização de alguns projetos fora da casa, como estudo, trabalho¹¹⁰, compras.

Na Casa de Rodas, pelas habilidades físicas para o movimento dos moradores, essas saídas nunca acontecem sem acompanhante e embora tenham aparecido de forma contundente nas entrevistas, durante a realização do campo elas ocorreram em frequência baixa. Em todas as situações observadas, os pedidos para saída partiram dos moradores e precisavam, para sua concretização, de mais do que a abertura da porta da casa e a liberação de objetos por parte das trabalhadoras. Nesses casos era necessário prover uma preparação também nos espaços dos corpos dos moradores, ajustando-os melhor nas cadeiras e conduzindo-os até onde desejavam ir.

¹⁰⁸ Estou aqui me referindo aos espaços delimitados pelo imóvel dos SRT

¹⁰⁹ Com demanda quero dizer que foram as trabalhadoras que puxaram o movimento, por exemplo, na situação na qual acompanhei uma moradora ao Centro de Saúde ela foi levada pela supervisora para tomar uma injeção. Foram as trabalhadoras que organizaram todos os preparativos para essa saída, inclusive informando à moradora que ela teria consulta e estimulando-a a se arrumar. Nas situações onde a demanda é do morador observei que são eles os responsáveis por essa preparação e organização, de maneira que as trabalhadoras são acessadas apenas para permitir a saída: abrir porta do serviço, liberar objetos que ficam sob sua guarda, como o vale-transporte, o dinheiro, a mochila.

¹¹⁰ Palavra usada pelo morador para descrever o que faz no Centro de Convivência

Tendo em vista a frequência com que as práticas de mobilidade nos espaços da cidade foram observadas nas três casas, nesse capítulo trarei principalmente situações vividas na Casa de Dom Pedro, que foi a casa na qual esse tipo de prática foi mais observada. Além da frequência, a variedade do acesso à rua também chamou a atenção, de maneira que eu pude acompanhar saídas diurnas, noturnas, saídas solitárias e saídas em grupo dos moradores desse SRT. Outro ponto relevante das práticas de mobilidade desses moradores é a diversidade de lugares que acessam, utilizando para tanto desde transporte coletivo, até transporte privado, como Uber, passando também por percursos desenvolvidos à pé.

Por ter observado que práticas de mobilidades noturnas, realizadas por moradores e cuidadoras, nas três casas é bastante reduzida, o circuito desenvolvido por Nelson, morador da Casa de Dom Pedro, nesse turno se torna ainda mais significativo. Ele é o único entre os moradores participantes da pesquisa que circula pelos espaços externos, não só da casa como da cidade, no período noturno. Nelson, que tem 58 anos, estuda em uma escola pública, cursando a EJA – Educação para Jovens e Adultos no período noturno. Pertencente ao pequeno grupo de moradores que pode e consegue sair sozinho do SRT, Nelson vai de ônibus para aula e volta com o porteiro da escola, serviço pelo qual paga com parte do benefício que recebe. Nelson está atento à linguagem e as formas de locomoção atuais, me explicando que volta para casa de *uber* (caderno de campo).

Sombreei Nelson até a escola duas vezes. É ele quem convoca as trabalhadoras para liberá-lo para aula. “Jussara!! Vale, cigarro e mochila!” (caderno de campo) é o enunciado que dispara o início de certa tensão na casa. Isso porque o combinado é para que ele saia do SRT às 17:40 h, mas a convocação que lança para as cuidadoras se inicia antes disso, às vezes às 16:00 h (caderno de campo). Uma vez com os objetos demandados à mão, ele caminha pela rua, fazendo sempre o mesmo percurso, conforme me explicou. No ponto de ônibus, conta um pouco da rotina do bairro quando me explica que sabe que

o ônibus tá chegando porque o outro acabou de passar do outro lado da rua [se referindo ao ônibus de mesmo número que passou na outra direção]. Também demonstra reconhecimento das pessoas do bairro, quando me conta que já deu manga para o moço da lojinha que fica do outro lado da rua, em frente ao ponto de ônibus (sic) (caderno de campo).

Como alguém que faz esse caminho muitas vezes, Nelson sabe das viradas do ônibus, da localização das lojas, assim como qualquer frequentador das ruas do bairro.

Tem seus pontos de referência e me ensinou, a partir deles, onde era a parada na qual eu poderia pegar o ônibus de volta para o SRT, uma vez que não fiquei durante todo o período da aula. A cuidadora da noite relatou que ele costuma chegar em casa da aula por volta de 22:00 h.

Através do sombreamento, percebi que Nelson se coloca como um *ativo ator sintagmático* não só dos espaços externos da casa, como também de espaços externos a ela. Nas palavras de Kauffman(2014) ele é um morador com alto grau de *motilidade*. Pensando na sua ação como um projeto, observamos que ela se desenvolve em uma escala que vai desde o seu próprio corpo (banho, roupa e mochila, local de assento no ônibus), passando pela negociação com as trabalhadoras (para determinar o horário no qual irá receber os vales, a mochila e o cigarro; e também a abertura da porta da casa), pelo seu movimento na rua (localização, percurso, relação com o ônibus, saber dar sinal para parada e descida, uso do vale transporte, acomodação no coletivo, lidar com o ônibus cheio), pela sua chegada à escola (interação com outros alunos e trabalhadores, localização sala de aula, horários). É ele quem dialoga diretamente com a cidade, dispensando em grande parte a intermediação da supervisora, como observamos no caso de Pai Ioiô e os objetos jogados pelo muro. Não é apenas para a escola que o morador sai sozinho, mas também para ir ao Centro de Convivência, ao bar e à padaria, descrevendo variadas práticas de mobilidade fora da casa.

Ao alcançar outras escalas com essas práticas, Nelson tem ampliada sua esfera de ação em dois sentidos: por um lado acessa pessoas diferentes daquelas que frequentam o SRT e por outro, ao fazê-lo longe da presença das trabalhadoras da casa ele se torna, nessas situações, o único a poder informar sobre sua própria história. Há aqui um contraponto direto à ideia de instituição total colocada por Goffman(1974) uma vez que esse morador frequenta, no seu cotidiano, espaços distintos, sob companhias e autoridades também distintas. Em outras palavras, as possibilidades de saída permitem que ele vivencie situações das quais as trabalhadoras e outros moradores da casa não precisam ter conhecimento, caso ele não queira.

Pensar na construção do espaço-tempo a partir desse tipo de mobilidade que acontece do lado de fora do SRT traz novos elementos que devem ser considerados, além desses mencionados no parágrafo acima. Quando Nelson trouxe da rua porta-retratos que são pendurados na parede da sala, considerei que esse movimento estava relacionado à forma com a qual esse morador constrói o espaço-tempo de sua casa: traz objetos que são incorporados à decoração. Ao sombrear Nelson pela rua percebi que

nesse espaço essa construção do espaço-tempo se dá através da criação de um trajeto bastante peculiar que o morador descreve em função de uma aparente busca por objetos, tais como o porta-retratos. Nesse trajeto, lixeiras e objetos jogados no chão funcionam como balizadores da direção e do ritmo do movimento de Nelson. Fora isso, foi também marcante perceber que o uso informado pelo morador para as idas ao Centro de Convivência nem sempre coincide com o uso que ele de fato faz do espaço, demonstrando assim certo grau de liberdade de suas ações fora da casa.

O acesso a espaços fora da Casa de Dom Pedro é experimentado em maior ou menor grau pelos outros moradores, de maneira que todos eles frequentam semanalmente outros espaços da cidade. No entanto, Nelson e Neguinho são os únicos que o fazem sem a presença de acompanhantes. A frequência dessas práticas pareceu ser algo que direciona o trabalho nessa casa, sendo necessárias orientações tanto para lidar com os moradores que querem sair muitas vezes ao longo do dia, como para aqueles que demandam sair poucas vezes. A supervisora explicou que percebeu que algumas cuidadoras tinham medo de levar alguns moradores na rua e que para dissolver esse medo, a própria supervisora organizava saídas junto com os moradores e cuidadoras em questão, demonstrando, nos espaços da rua, que era possível esse acompanhamento (caderno de campo). Algumas cuidadoras também relataram que à medida que convivem com os moradores e os conhecem mais, se sentem mais confiantes para acompanhá-los na rua.

Nos outros dois SRT essa não me pareceu ser a tônica que orienta o trabalho, senão as próprias rotinas de cuidado com a casa e com os moradores dentro do ambiente mesmo da casa. A menor demanda dos moradores para acesso à rua pareceu ser significativa para esse tipo de configuração. Assim, observei que na casa onde a demanda para saída foi executada pelos moradores de maneira insistente, diversa e contundente, a Casa de Dom Pedro, houve uma tendência para que as trabalhadoras não só permitissem a saída, como incluíssem esse tipo de prática também nas suas práticas de mobilidade no SRT. Nas outras duas casas, onde as demandas para saídas são menos incisivas e diversificadas, observei, durante a pesquisa, que as trabalhadoras também são menos incisivas e diversificadas quando formulam demandas para saídas com os moradores. Na tentativa de esclarecer a correlação que acabei de fazer, vou trabalhar com situações observadas nos SRT.

No primeiro caso, a Casa de Dom Pedro, observei as trabalhadoras sugerindo aos moradores idas ao restaurante, para almoçar, ao Centro Cultural Banco do Brasil,

para ver uma exposição, ao Centro de Saúde, para consulta com o dentista, ao cabelereiro, para corte de cabelo, à podóloga para cuidado com os pés, ao Centro de Convivência para festa de aniversário, ao banco do passeio da casa vizinha, para ver a rua. Observei também quemuitas dessas demandas foram feitas pelos moradores, em outros momentos, de maneira que parece haver uma via de mão dupla por onde essas demandas caminham, indo ora dos moradores para as cuidadoras, ora das cuidadoras para os moradores.

Na Casa de Rodas observei sugestões feitas pelas trabalhadoras que se referiram tanto à consultas médicas como a idas à pracinha que há perto da casa. Nesse segundo caso, me chamou a atenção que tais sugestões foram feitas em formato de sugestões para situações futuras, tais como, “mais tarde a gente vai levar eles para dar uma volta na praça” (sic) (caderno de plantão). Observei que essa forma de adiamento da saída é usada também em resposta às demandas de alguns moradores. Assim, nessa casa observei que as trabalhadoras se colocam em uma posição de receber e adiar as demandas dos moradores ou formular demandas que, no momento de sua oferta, já são lançadas para que aconteçamno futuro e não no presente imediato do convite.

Por fim, na Casa de Maré presenciei tal tipo de incentivo para saídas direcionado ao morador mais novo, que não compõe o grupo de sujeitos pesquisados aqui. Em relação aos demais, não presenciei nenhuma situação na qual as trabalhadoras tenham feito tal tipo de sugestão. A supervisora relata, conforme já foi discutido, que já tentou formas variadas de convites para passeios, mas que é do feitio dos moradores concentrarem suas práticas de mobilidade dentro dos espaços da casa.

Outro ponto que vale ser ressaltado aqui é o alerta da própria supervisora, quando do começo do campo dessa pesquisa, sobre as alterações na equipe e o impacto nas práticas de mobilidade dos moradores fora da casa que ela estava prevendo em decorrência dessas alterações. Assim, o que foi observado em relação às saídas da casa confirma tanto o perfil pouco demandante dos moradores, algo já observado desde o Hospital Transitório, bem como o perfil pouco demandante das trabalhadoras, durante esse período. Aqui as demandas para saída foram formuladas apenas uma vez, por um dos moradores participante da pesquisa e destinada à mim, de maneira que não foi possível observar, durante o campo, como as cuidadoras e estagiárias respondem a essa demanda. Não observei demandas para saídas partirem dessas trabalhadoras durante o campo.

Algo, no entanto, que parece bastante significativo nessa casa quando penso na sua interlocução com a rua diz respeito à grade da varanda, na qual as moradoras constroem uma espécie de vista ou fabricam uma janela através da disposição das cadeiras. Achei muito intrigante que elas realizem tal montagem, passando alguns períodos do dia vendo a rua, sem fazer demanda para que o portão seja aberto. Vale ressaltar que na observação dessas situações as trabalhadoras surgiram como pessoas que passaram pela cena, fazendo alguma intervenção, como ofertar e passar o filtro solar, sugerir que as moradoras saíssem do sol, ofertar a medicação, chamar para a refeição. Não observei esse grupo de agentes compartilhando o momento com as moradoras.

Como a Casa de Dom Pedro foi a única casa da qual coletei dados dos moradores nos espaços da rua com as trabalhadoras, descrevo abaixo uma dessas situações e faço uma breve análise. A situação em questão diz respeito a um dia em que todos os moradores e três trabalhadoras da casa foram almoçar em um restaurante. Segue o relato do caderno de campo.

A cuidadora contou que hoje todos irão almoçar fora, no restaurante. Ela explica que esse é um antigo hábito da casa, que vem desde a outra supervisora¹¹¹. Hoje, Eliza, a supervisora atual, ligou cedo e orientou a levar os moradores para almoçar. Pergunto para a cuidadora se ela acha que esse tipo de atividade externa tem impacto no cotidiano da casa e ela responde que sim, dizendo, você tá vendo como o clima tá tranquilo hoje? Se eu tivesse que fazer almoço eu já estaria na cozinha e seria aquela correria (sic). Ela também fala que às vezes, no final da tarde, elas (cuidadoras), juntam os moradores para levar na sorveteria. Mas explica que para fazer isso tem que ter mais alguém, além das duas cuidadoras, por causa da atenção que tem que ter com os moradores na rua. Ela fala que é uma farra quando saem, demonstrando prazer em realizar essa atividade. [...]As cuidadoras vão auxiliando na organização dos banhos dos moradores para que possam todos saírem arrumados para almoçar na rua [...] (caderno de campo).

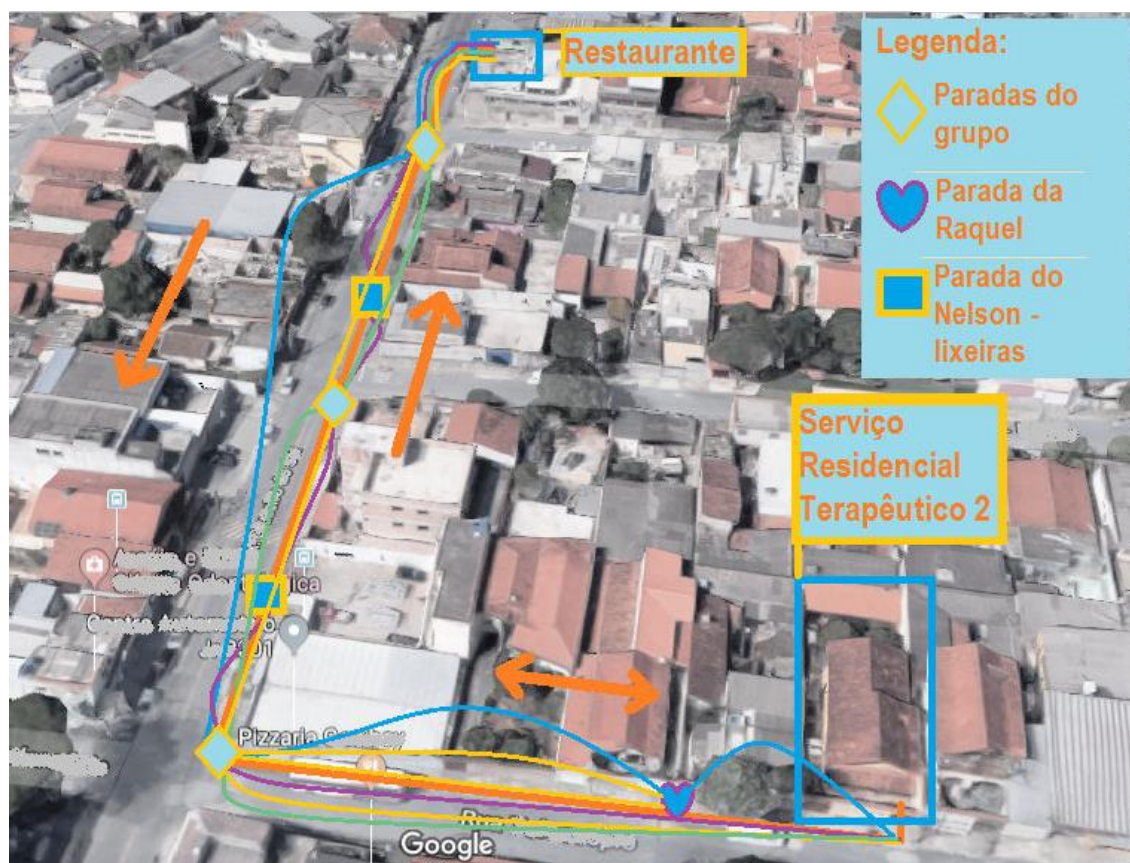
Para viabilizar tal atividade, foi preciso que as duas cuidadoras e a estagiária acompanhassem os usuários durante o trajeto até o restaurante, algo que pareceu um evento: a estagiária tirou foto de todos na rua, uma das cuidadoras segurou as mãos de Pai Ioiô e Tião, Lila estava de batom. O grupo apresentava ritmos e demandas variadas: enquanto Nelson e Neguinho, demonstravam intimidade com a rua e seus fluxos, Raquel se recusava a ir à pé, pedindo que fosse chamado um táxi para leva-la.

Pela observação do grupo na rua, percebi três formas de organização dos seus integrantes: havia aqueles, como Neguinho e Nelson que tinham permissão para seguir o percurso com autonomia, estando mais distantes do grupo; aqueles como Pai Ioiô,

¹¹¹ Se referindo à primeira supervisora da casa, que antecedeu a supervisora atual.

Raquel e Tião para os quais cuidadoras e estagiária voltavam sua atenção, chamando-os para perto, convencendo-os a caminhar de mãos dadas com elas, orientando sobre o chão, a rua e seus fluxos; e por fim, Lila, que era alguém para quem as trabalhadoras não precisavam dedicar muita atenção, uma vez que a própria moradora demandava andar de mãos dadas e estar próxima delas. Isso pode ser melhor visto na figura a seguir.

Figura 27: Trajeto da Casa de Dom Pedro até o restaurante



Fonte: *Google Earth*, 2018.

As linhas coloridas do mapa mostram alguns dos diferentes ritmos que os moradores e as trabalhadoras adotaram no seu percurso até o restaurante. Os losangos azul e amarelo mostram lugares de parada do grupo, feitas em situações nas quais houve mudança de direção e quando o grupo se viu na eminência de atravessar a rua. O coração roxo mostra o ponto onde Raquel parou e para onde a cuidadora precisou retornar para convencer a moradora a seguir o caminho a pé. Os quadrados azul e amarelo mostram as paradas de Nelson para investigar o conteúdo das lixeiras.

No espaço do restaurante, os moradores se agruparam em mesas, conforme o seu desejo. Nelson e Pai Ioiô optaram por sentarem sozinhos, cada um em uma mesa.

Neguinho, Tião, eu e Graça, a cuidadora, assentamos juntos, Raquel chegou em seguida para integrar esse grupo, e Lila sentou com a outra cuidadora. Cada morador almoçou em um ritmo e as trabalhadoras precisaram se organizar para viabilizar o retorno de cada um deles para o SRT respeitando as habilidades e possibilidades individuais. Aqui, me pareceu que as trabalhadoras se baseavam no conceito de *motilidade* para organizar

esse retorno, de maneira que os moradores que apresentavam maior grau de *motilidade*, como Neguinho e Nelson, voltaram para casa no momento, ritmo e forma que desejavam. Para aqueles com menor grau de *motilidade*, foi preciso que as trabalhadoras se colocassem em negociação em relação ao momento, ritmo e forma desse retorno, acompanhando-os durante todo o percurso.

Ainda que Nelson e Neguinho apresentem *motilidade* maior que os demais moradores, observei que há um investimento do serviço para incrementar a *motilidade* dos outros através de algumas estratégias. Tais como saídas como essa para o restaurante aonde, no percurso, as trabalhadoras vão orientando os moradores em relação ao que se deve prestar atenção quando se está na rua; mas também através de outras rotinas fora da casa, como idas à podóloga, ao Centro de Convivência, ao salão de beleza e barbearia e aquelas mais rotineiras ao bar do Seu Antônio, para lanche, ou sentar no banco que fica na calçada da casa vizinha, para ver a rua.

Além disso, esse SRT conta com a presença de dois acompanhantes terapêuticos que saem semanalmente com Pai Ioiô e Raquel para explorar a cidade. Essa forma de trabalho traz pontos em comum com aquela pela qual a Equipe de Desinstitucionalização realizava o trabalho dentro do Hospital Transitório, quais sejam, o uso da rua como espaço de intervenção, bem como o incentivo a variadas práticas de mobilidade nos espaços de fora, nos espaços da cidade.

Nos outros dois SRT esse tipo de investimento foi observado em menor escala, como venho descrevendo. As duas casas, embora tenham configurações diferentes em termos de perfil de moradores e trabalhadoras, apresentaram, durante a realização dessa pesquisa de campo, como ponto em comum incentivos menores para incremento da *motilidade* de seus moradores nos espaços de fora do SRT. Com isso estou dizendo que o *acesso* aos espaços da rua foi menos estimulado ou desestimulado (no formato do adiamento das demandas), bem como não observei nenhum tipo de ação para aprimoramento das *competências* para esse tipo de acesso ou mesmo para *apropriação* desse acesso nesses dois serviços. É relevante ressaltar que mesmo apresentando baixa habilidade física para o movimento os moradores da Casa de Rodas tanto demandaram maior acesso à rua, como foram observados mais vezes nos espaços de fora da casa, em relação àqueles da Casa de Maré.

Dessa maneira, os dados da pesquisa confirmam a hipótese da supervisora da Casa de Maré em relação ao efeito da mudança da equipe nas práticas de mobilidade dos moradores nos espaços externos dessa casa. No entanto, a baixa demanda desses

moradores para saídas pode revelar que não se trate apenas de uma questão pontual. Dialogando com a pesquisa de Goffman(1974) me parece aqui que muito da vida institucional ainda permanece presente no cotidiano desses moradores¹¹², que restringem suas práticas de mobilidade aos espaços internos do SRT.

Outro ponto levantado pela supervisora dessa casa como explicação para essa concentração maciça nos espaços do SRT se relaciona à idade avançada e condição de saúde dos moradores.

¹¹² Importante ressaltar aqui que os moradores dessa casa têm maior média de tempo de internação, sendo que a diferença desse tempo para aquela dos moradores da Casa de Dom Pedro é de 9 anos e da Casa de Rodas de 3 anos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final dessa pesquisa me vi diante da difícil tarefa de interromper o trabalho, abrir mão de alguns caminhos exploratórios por hora e deixar outros apenas indicados. Amigos já haviam me alertado que as dissertações de mestrado costumam terminar assim. Por outro lado, chego a esse momento com a percepção de que a opção por olhar através das lentes das práticas de mobilidade dos sujeitos pesquisados me possibilitou alcances analíticos interessantes. Conversando, observando ou sombreando moradores e trabalhadoras ou me ancorando em pontos fixos das casas pude perceber articulações diversas, muitas das quais descritas e trabalhadas aqui. Nesse sentido, foi significativo partir do pressuposto que tanto moradores como trabalhadoras são atores sintagmáticos dos espaços, que negociam, cotidianamente a sua construção. O movimento aqui, na sua forma de ação ou de quietude, foi um generoso guia nessa exploração.

Nesse trabalho de observar as miudezas do movimento, alguns apontamentos saltaram aos olhos, como o acesso ao dinheiro e o desejo/motivação para o movimento. Ficou claro ao final da pesquisa que a maioria dos usuários que têm acesso ao seu benefício de maneira regular se utiliza desse recurso de modo a incrementar tanto sua qualidade de vida, como também a sua mobilidade pela cidade. Na Casa de Dom Pedro vimos que a variedade de projetos dos usuários na cidade só é viabilizada, pois os moradores podem pagar por serviços, produtos, transporte privado, bem como, na Casa de Maré a supervisora atribuiu à falta do benefício ou do acesso a ele parte da responsabilidade pelos poucos projetos na cidade.

Tendo em vista que o Modelo Substitutivo de Belo Horizonte foi construído a partir de um projeto que considera que o lugar do louco é circulando pela cidade, participando da construção de sua cultura (LOBOSQUE, 2001) e que a própria política de saúde mental considera relevante o acesso ao dinheiro para esse tipo de circulação (LIMA e BRASIL, 2014), a pesquisa aponta para a necessidade de outros trabalhos sobre o problema do acesso dos usuários ao seu próprio benefício, bem como trabalhos que procurem investigar melhor as relações estabelecidas entre os curadores, seus curatelados e os serviços públicos. Parece-me relevante que os órgãos competentes, como os Ministérios Públicos e as Secretarias Municipais de Saúde estejam próximos dessas situações desenvolvendo estratégias para garantir que os usuários tenham acesso ao dinheiro que é seu por direito.

Em relação ao desejo para o movimento, a pesquisa mostrou uma variedade significativa de formas e estratégias pelas quais os usuários das três casas expressaram motivação para realizar um ato de movimento no espaço.

Fazendo um caminho inverso daquele no qual apresentei e analisei os resultados, de maneira geral, as práticas de mobilidade dos usuários desenvolvidas nos espaços da cidade, apareceu bastante concentrada em uma das residências, qual seja, Casa de Dom Pedro. Essa constatação colocada em contraste com as categorias criadas para descrever as mobilidades no Hospital Transitório, parece seguir o padrão observado naquele espaço. Desde o Hospital os moradores desse SRT eram aqueles que mais executavam projetos na cidade. Parece-me, no entanto, que no SRT esses projetos se intensificaram e diversificaram, com os moradores ganhando em autonomia e acesso à cidade.

Na Casa de Rodas, embora o acesso à cidade tenha aparecido de forma significativa nas entrevistas, não observei tal frequência durante a pesquisa de campo. As falas das trabalhadoras, no entanto, revelam mobilidades na cidade executadas de maneira que permite aos usuários serem reconhecidos e criarem laços com a vizinhança. Se no hospital alguns dos usuários dessa casa exerciam projetos na cidade, esses projetos eram caracterizados em grande medida pela articulação desses usuários para que objetos de fora lhes fossem trazidos. Observei no SRT uma mudança nesse tipo de articulação, de maneira que nas falas das trabalhadoras não apareceu que os moradores façam pedidos para que objetos de fora lhes sejam trazidos, senão, para que sejam eles levados para fora.

No que diz respeito ao acesso dos moradores da Casa de Marê à cidade, a fala da supervisora sobre a concentração das práticas de mobilidade nos espaços internos à casa se confirmou durante a observação. Assim como na Casa de Dom Pedro o padrão apresentado já havia sido observado nas descrições das mobilidades desses moradores no hospital. Nesses dois casos, a mudança para os SRT pareceu reforçar os padrões de mobilidade que já existiam. É interessante notar, no entanto, que são reforços em sentidos opostos: em um deles se reforça o movimento nos espaços externos e no outro, os movimentos nos espaços internos. Isso demonstra que, a despeito de ambos serem classificados pela política como *tipo I*, esses dispositivos operam de maneiras diferentes, algo que parece estar em consonância com a proposta de singularização do cuidado preconizada pelo Modelo Substitutivo.

Por outro lado, me apoiando na orientação desse mesmo Modelo no que diz respeito à circulação dos usuários pela cidade (LOBOSQUE, 2001), avalio ser

importante a realização de outras pesquisas e investigações que procurem observar se a concentração expressiva das práticas de mobilidade dos usuários nos espaços internos das casas acontece em outros SRT da cidade, buscando verificar melhor esse fenômeno.

Outro ponto que parece relevante nessa discussão sobre mobilidades internas e externas diz respeito ao tempo de internação dos sujeitos da pesquisa. O fato dos moradores da Casa de Maré terem ficado internados por um período de tempo maior do que os demais pode ser sugerido também como hipótese explicativa para essa forma de organização da mobilidade. Tal organização, ao se concentrar nos espaços de dentro, parece desconsiderar ou considerar pouco a possibilidade de ocorrer em espaços que estejam para além daqueles conhecidos e frequentados pelos moradores.

É relevante ressaltar que, de maneira geral, os demais serviços da rede substitutiva figuraram de maneira rarefeita nas práticas de mobilidade dos usuários pesquisados. Algumas justificativas para isso foram: a distância entre os SRT e os demais serviços, dificuldades no uso do transporte coletivo, falta ou dificuldade de acesso dos moradores ao seu recurso financeiro, falta de demanda dos moradores.

Os CERSAM apareceram nos discursos das supervisoras das Casas de Maré e de Dom Pedro como espaços de acolhimento às crises, sendo usados majoritariamente para conter momentos de agitação e desorganização grave dos moradores. Também percebi, em alguns momentos, que as trabalhadoras, ao reconhecerem o CERSAM nesse lugar da contenção dos excessos dos moradores, se utilizam disso em momentos de negociações mais difíceis, sugerindo encaminhar o morador para esse outro ponto da rede em situações de tensionamento.

Pelo fato dos SRT serem serviços que também são casas e talvez pela longa jornada de trabalho das cuidadoras, a construção que essas trabalhadoras realizam nos espaços das casas revela intimidades que me pareceram bastante particulares. Tais são as formas como circulam por todos os cômodos, abrem os armários da casa, fazem seu horário de descanso nos sofás, manuseiam o recurso financeiro do serviço e dos moradores, acessam a despensa. Dessa maneira, como discutido ao longo do trabalho, a construção dos espaços dos SRT se dá em uma negociação cotidiana entre essas trabalhadoras e os moradores. Essa negociação ora revela significativas assimetrias, como quando há preponderância das intervenções das cuidadoras no espaço, ora algum equilíbrio entre as intervenções delas e dos moradores.

A alta rotatividade¹¹³ dessas trabalhadoras também foi algo que pareceu significativo, embora não aprofundado por essa pesquisa. Além das mudanças alertadas pela supervisora da Casa de Maré, durante a realização da pesquisa, nas outras duas casas também houve mudanças nas equipes de cuidadoras e em uma delas a supervisoratambém foi trocada. Em um momento da análise dos dados aventei a hipótese de que o fato da Casa de Rodas ter uma equipe mais robusta em comparação com a Casa de Maré pode funcionar como um compensador para a baixa *motilidade* dos moradores, atuando para aumentar sua capacidade de mobilidade. Neto e Avellar(2009) constataram em sua pesquisa sobre cuidadores dos SRT a necessidade de maior conhecimento das formas de cuidado que esses trabalhadores ofertam. Seria interessante também que outros trabalhos se debruçassem sobre as seguintes questões, que me parecem complementares: o impacto do número de trabalhadoras na mobilidade dos moradores e o impacto da alta rotatividade dessas trabalhadoras nesse aspecto.

Se em relação às práticas de mobilidade nos espaços externos às casas foi possível observar reforço dos padrões descritos no Hospital Transitório em dois dos três SRT, em relação às mobilidades internas, por seu detalhamento, tal tipo de contraste se torna bastante prejudicado. O volume de informações gerado pelas entrevistas, observação e sombreamento nos espaços das casas se contrasta de maneira expressiva com a descrição que foi possível fazer na primeira etapa da pesquisa. Em função dessa discrepância na qualidade, volume e profundidade dos dados, pensar as mobilidades internas de forma contrastada nos dois espaços se revela uma tarefa limitada. O que a pesquisa mostrou foi percursos diversos dentro dos espaços dos SRT demonstrando a construção de territórios à maneira de cada um dos moradores, assim como foi observado no hospital. Independente do dispositivo, SRT ou Hospital Transitório, os sujeitos pesquisados revelaram importante protagonismo nas formas de uso e movimento no espaço, alguns em maior e outros em menor grau.

Por outro lado, me parece significativo que os moradores tenham acesso a espaços que antes não existiam ou não podiam ser acessados, como a cozinha, a despensa e em alguma medida, também o banheiro, já que o SRT é uma casa. A possibilidade de acessar esses espaços mostrou ter impacto nas práticas de mobilidade de moradores pesquisados, como quando auxiliam no preparo das refeições.

¹¹³ Com alta rotatividade estou me referindo ao pouco tempo de permanência no emprego, protagonizado por essas trabalhadoras.

A grande relevância da comida enquanto disparadora do movimento nas três casas também deve ser considerada, sinalizando a importância desse objeto no cotidiano dos SRT. Diante disso avalio que a comida é algo que deve ser visto como orientador da construção da política nos SRT podendo apontar caminhos de intervenções tanto com os moradores, como com as trabalhadoras. Me parece haver uma lacuna na literatura no que diz respeito a trabalhos que explorem essa potencia da comida.

As transformações dos espaços dos SRT pesquisados me pareceram bastante dinâmicas, talvez em decorrência da mudança constante das profissionais, mas também, em função das intervenções dos moradores e trabalhadoras. Após finalizado o campo, ainda retornei aos três SRT pelo menos duas vezes. Nas três casas pude perceber, nesses momentos de retorno, alterações no espaço que geraram significativas mudanças nos seus ambientes, como a colocação de cortinas, a chegada de mesas e cadeiras novas, novos desenhos nas paredes. Isso me deixou com a percepção de que esses SRT são serviços em constante movimento.

Os moradores, por sua vez, também pareceram seguir em movimento. Logo após o final da pesquisativa notícia do falecimento de Flávia. De forma inesperada e repentina, a moradora que nunca parava de se mexer, em função, segundo relato da supervisora, de efeitos do uso prolongado da medicação psiquiátrica, deixou trabalhadoras e moradores com o coração saudosos, quando finalmente pôde experimentar uma quietude completa.

No início de março de 2018 tive na Casa de Dom Pedro para a festa de aniversário de Raquel. Os convidados estavam concentrados no quintal da casa, onde a aniversariante os servia com refrigerantes e salgadinhos. Dentre eles, moradores de outros SRT e trabalhadoras desses serviços. Perdida no meio da festa fui presenteada com uma cena, bastante significativa: o portão de entrada da casa se abriu e quem chegava da rua era Neguinho. De longe pude vê-lo tirando a chave da fechadura e guardando-a cuidadosamente dentro da sua carteira. Segurando sua blusa de forma que ela se tornasse um grande bolso e muito suado, ele entrou na casa (figura 28). Vestia um boné combinando com a blusa, sua marca, desde o hospital. Ao me ver, mostrou as mangas e sorriu com a naturalidade de quem chega do sacolão. Ao vê-lo, me emocionei, pensando em toda sorte de novas possibilidades que essa chave pode lhe trazer.

Figura 28: Neguinho chegando do sacolão



Fonte: *Acervo da pesquisadora*, 2018.

REFERÊNCIAS

- ABOU-YD, Míriam; LOBOSQUE, Ana Marta. A cidade e a loucura: entrelaces. In A. Reis et al. (Eds.), *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público* (pp. 243-264). São Paulo: Xamã, 1998
- ADEY, Peter. If mobility is everything then it is nothing: towards a relational politics of (im)mobilities. *Mobilities* 1:1, 75–95, 2006.
- AGAMBEN, Giorgio. O que é um dispositivo? Outra travessia: Florianópolis, n. 5, p. 9-16, jan. 2005.
- ALMEIDA, Simone Costa de Almeida. Política antimanicomial brasileira (2008-2013): repensando a implementação e seus condicionantes a partir do nível local. 2015, 130 f. Tese (Doutorado). Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, 2015.
- AMARANTE, Paulo. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da Reforma Psiquiátrica. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 11(3): 491-494, jul/set – 1995.
- _____. Asilos, alienados e alienistas: pequena história da psiquiatria no Brasil. In: AMARANTE, Paulo. (ORG.) *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz., 2002. p.74-81.
- _____. Saúde Mental, territórios e fronteiras. In: AMARANTE, Paulo. *Saúde Mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 15-21.
- ARRUDA, Amanda Elias. Experiências e territórios da loucura: narrativas de portadores de sofrimento mental assistidos em um serviço aberto na cidade de Belo Horizonte. 2016. 111 f. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, 2016.
- Bachelard, Gaston. *A poética do espaço*. 2 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2008. 242 p.
- BASAGLIA, Franco. *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Graal, 2001. 326 p.
- BERTAUX, Daniel. *Los relatos de vida, perspectiva etnosociológica*. Barcelona: Ediciones Bellaterra, 2005. 143 p.
- BINKOWSKI et. al. *Vizinhanças: de correntes a redes. Entre fofocas, jardins, compras e outras formas de vizinhar*. In: SILVEIRA, Maria de Fátima Araújo, JUNIOR, Hudson Pires de O. Santos (Organizadores). *Residências terapêuticas: pesquisa e prática nos processos de desinstitucionalização*. Campina Grande. EDUEPB, 2011. 320 p.
- BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos

serviços correspondentes, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 20 set. 1990. p. 18055.

_____, Portaria nº 106, de 11 de Fevereiro de 2000, Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos. DOU de 24/02/2000 (nº 39-E, Seção 1, pág. 23), 2000.

_____, BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Lei n.º 10.708, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio reabilitação para pacientes egressos de internações psiquiátricas (Programa De Volta Para Casa). Diário Oficial da União. 2003.

_____, Ministério da Saúde. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

_____, Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados – 7, ano V, nº 7. Informativo eletrônico. Brasília: junho de 2010 (acesso em Outubro de 2017).

_____, PORTARIA Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). DOU de 30-12-2011, Seção 1, página 59, 2011

_____. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados – 12, ano 10, nº 12. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2015 (acesso em Outubro de 2017).

BUSCHER, Monika; URRY, John. Mobile methods and the empirical. *European Journal of Social Theory*. V.12p. 99, 2009.

BUSCHER, Monika, et al. Mobile methods. 2001, 206 p.

CARNEIRO, Nancy Greca de Oliveira e ROCHA, Luciana de Carvalho, O processo de desospitalização de pacientes asilares de uma instituição psiquiátrica da cidade de Curitiba. *Psicologia, Ciência & Profissão*, 24 (3), 66-75, 2004.

COOPER, David. *Psiquiatria y antipsiquiatria*. Buenos Aires: LocusHypocampus, 1976.142 p.

COSTA, Luís Arthur e FONSECA, Tânia Mara Galli, Cidades sutis: dispersão urbana e da rede de saúde mental. In: *Psicologia e Sociedade*. *Psicologia e Sociedade*, 25 (n. spe. 2), 21-30, 2013.

COSTA, Luciana Assis e BRASIL, Flávia Duque. Cidade, territorialidade e redes na política de saúde mental, *Cad. Ter. Ocup. UFSCar, São Carlos*, v.22, n;2, p.435-442, 2014.

COSTA-ROSA, Abílio. (2000). O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In AMARANTE, Paulo (Org.). *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz. pp. 141-168.

CRESSWELL, Tim. Mobilities I: catching up. *Progress in Human Geography* 35: 550–558, 2011.

CWERNER S; KESSELRING S; URRY J. *Aeromobilities*. London: Routledge, 2009. P. 25-38.

DALGALARRONDO, Paulo. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. 2 Ed. Porto Alegre: Artemd, 2008. 440 p.

DIMENSTEIN, Magda. O desafio da política de saúde mental: a (re)inserção social dos portadores de transtornos mentais. *Mental*, Barbacena, v. 4, n. 6, p. 69-82, jun. 2006

FISCHLER, Claude. *El (H)omnívoro: el gusto, la cocina y el cuerpo*. Barcelona: Editorial Anagrama, 1995. 421 p.

FOUCAULT, Michel. *História da loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1978. 551 p.

FRANCO, Renato Ferreira. *Habitar a cidade: a (re)construção de espaços de habitação para ex-internos de um hospital psiquiátrico e sua importância para produção de subjetividade*. 2012, 161 f. Tese (Doutorado). Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, 2012.

FRICHEMBRUDER, Simone. Chandler. *Os (des)encontros da loucura com as cidades: serviços residenciais terapêuticos – narrativas do processo de desinstitucionalização no território brasileiro*. 2009, 180 f. Tese (Doutorado), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Educação, Programa de Pós- Graduação em Educação, Porto Alegre, 2009.

FURTADO, Juarez Pereira e BRAGA-CAMPOS, Florianita. *Problemas de uma casa chamada serviço: buscando novas perspectivas de moradia para portadores de transtorno mental grave*. In: SILVEIRA, Maria de Fátima Araújo, JUNIOR, Hudson Pires de O. Santos (Organizadores). *Residências terapêuticas: pesquisa e prática nos processos de desinstitucionalização*. Campina Grande. EDUEPB, 2011. 320 p.

GONÇALVEZ, Chirlaine Cristine et. al. *Construindo novos espaços: tecendo uma rede de apoio para os moradores das residências terapêuticas*. In: SILVEIRA, Maria de Fátima Araújo, JUNIOR, Hudson Pires de O. Santos (Organizadores). *Residências terapêuticas: pesquisa e prática nos processos de desinstitucionalização*. Campina Grande. EDUEPB, 2011. 320 p.

GOFFMAN, Erving. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 1974. 316 p.

GOFFMAN, Erving. *Ritual de interação: ensaios sobre o comportamento face a face*, Petrópolis, RJ: Vozes, 2011. 255 p.

GOULART, Maria Stela Brandão. *A construção da mudança nas instituições sociais: a reforma psiquiátrica*. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, v. 1, n. 1, p. 1-19. São João del-Rei, jun. 2006.

HANSON, Susan. Gender and mobility: new approaches for informing sustainability. *Gender, Place & Culture: a journal of feminist geography*, v. 17, p. 5-23, 2010.

HEIDEGGER, Martin. Construir, habitar, pensar. Segunda Reunião de Darmstadt. 1951.

HEIDRICH, Andréa Valente. Reforma Psiquiátrica à Brasileira: análise sob a perspectiva de desinstitucionalização. 2007. 205 f. Tese (Doutorado). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Porto Alegre, Brasil, 2007.

HOWITT, Richard. Scale. In: AGNEW, John, MITCHELL, Katharyne e TOAL, Gerard. *A companion to political geography*, Blackwell publishing, 2003, 494 p.

JACQUES, Paola Berenstein, *Elogio aos errantes*. Salvador: EDUFBA, 2012. 331 p.

JENSEN, Ole B. Flows of meaning, cultures of movements: urban mobility as meaningful everyday life practice. *Mobilities*, 4:1, 139-158, 2009.

JUNIOR, Hudson Pires de Oliveira Santos et al. Loucos? Histórias de vida, significados do sofrimento psíquico e (des)institucionalização. In: SILVEIRA, Maria de Fátima Araújo, JUNIOR, Hudson Pires de O. Santos (Organizadores). *Residências terapêuticas: pesquisa e prática nos processos de desinstitucionalização*. Campina Grande. EDUEPB, 2011. 320 p.

JIRÓN, Paola. Mobile borders in urban daily mobility practices. *Santiago de Chile: International Political Sociology*, V.4, p 66-79, 2010.

JIRÓN, Paola. On becoming “la sombra/the shadow”. In BUSCHER, Monika; URRY, John e WITCHGER, Katian. *Mobilie Methods*. Routledge, New York, 2001, p 36-54.

KAUFMANN, Vincent. Motility: mobility as capital. *International Journal of Urban and Regional Research*. Vol. 28 No. 4. December, p. 745-756, 2004.

KAUFMANN, Vincent. Mobility as a Tool for Sociology. *Sociologica, Italian Journal of Sociology on line*, 1/2014 doi: 10.2383/77046

LANCMAN, Selma. Loucura e espaço urbano: Um Estudo Sobre as Relações Franco da Rocha – Juqueri. 1995. 299 f. Tese (Doutorado), Campinas: Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica, Universidade de Campinas, 1995.

LÉVY, Jacques. Os novos espaços da mobilidade. *GEOgraphia*, Vol. 3, No 6, p. 7-22 2001.

LIMA, Sheila Silva e BRASIL, Sandra Assis. Do Programa de Volta para Casa à conquista da autonomia: percursos necessários para o real processo de desinstitucionalização, *Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 24 [1]: 67-88, 2014.

LOBOSQUE, Ana Marta. Princípios para uma clínica antimanicomial. São Paulo: Hucitec, 1997. 96p.

_____. Experiências da Loucura. Rio de Janeiro: Garamond, 2001. 173 p.

MASSEY, Doreen. Space-time, 'science' and the relationship between physical geography and human geography, Faculty of Social Sciences, Open University, Walton Hall, Milton Keynes, p. 261-276, 1999.

MINAS GERAIS, Secretaria de Estado de Saúde. Atenção em Saúde Mental. Marta Elizabeth Souza. Belo Horizonte, 2006.

MORGAN, David. L. Focus group as qualitative research. 2 Ed, London: Sage, 1997. 80 p.

NETO, Pedro Machado Ribeiro; AVELAR, Luziane Zacché. Conhecendo os cuidadores de um Serviço Residencial Terapêutico, Mental, Barbacena, v. 7, n. 13, p. x, 2009. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272009000200008&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 13 fevereiro 2018

RAFFESTIN, Claude. Por uma geografia do poder. São Paulo: Ática S.A. 1993. 269 p.

ROTELLI, Franco. A instituição inventada. Revista "Per la salute mentale" do "Centro Studi e Ricerche per la Salute Mentale della Regione Friuli Venezia Giulia", 1988.

PALOMBINI, Analice de Lima, Utópicas cidades de nossas andanças: flâneir e amizade no acompanhamento terapêutico. Fractal: Revista de Psicologia, v. 21 – n. 2, p. 295-318, maio/ago, 2009.

PANDE, Maria Nogueira Rangel e AMARANTE, Paulo. Desafios para os centros de atenção psicossocial como serviços substitutivos: a nova cronicidade em questão. Ciência & Saúde Coletiva, 16(4):2067-2076, 2011.

PASSOS, Isabel Cristina Friche. Loucura e sociedade, discursos, práticas e significações sociais. Belo Horizonte: Argvmentvm, 2009. 186 p.

PEREIRA, Hudson Pereira de Oliveira Santos et al. Uma casa, uma família: a experiência de moradia e de reconstrução dos "laços de parentesco" na residência terapêutica. In: SILVEIRA, Maria de Fátima Araújo, JUNIOR, Hudson Pires de O. Santos (Organizadores). Residências terapêuticas: pesquisa e prática nos processos de desinstitucionalização. Campina Grande. EDUEPB, 2011. 320 p.

PITTA, Ana Maria Fernandes. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: instituições, atores e políticas. Ciência & Saúde Coletiva, 16(12):4579-4589, 2011.

RAUTER, Cristina e PEIXOTO, Paulo de Tarso de Castro. Psiquiatria, saúde mental e biopoder: vida, controle e modulação no contemporâneo. Psicologia em Estudo, Maringá, v.14, n. 02, abr./jun. p. 267-275, 2009.

SANTOS, Najara Lourenço dos. Cidade e loucura: entre liberdades e aprisionamentos. Trabalho de Conclusão do Curso de Psicologia. Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, 2014.

SILVEIRA, Maria de Fátima de Araújo et. al. A casa é o habitat humano. In: SILVEIRA, Maria de Fátima Araújo, JUNIOR, Hudson Pires de O. Santos (Organizadores). Residências terapêuticas: pesquisa e prática nos processos de desinstitucionalização. Campina Grande. EDUEPB, 2011. 320 p.

SIMMEL, Georg. Sociologia. organizador Evaristo de Moraes Filho, São Paulo: Ática, 1983. Pp 159-166.

_____. Sociologia das refeições. Estudos Históricos, Rio de Janeiro, n. 33, janeiro-junho, p. 159-166, 2004.

SHELLER, Mimi. The new mobilities paradigm for a live sociology. *Current Sociology Review*, Vol. 62(6) 789– 811, 2014.

SOUZA, Ana Angélica Pereira, EULÁLIO, Maria do Carmo. “E agora, o que vai ser da gente?": fim de um hospital psiquiátrico: relato de caso em Campina Grande-PB. In: SILVEIRA, Maria de Fátima Araújo, JUNIOR, Hudson Pires de O. Santos (Organizadores). Residências terapêuticas: pesquisa e prática nos processos de desinstitucionalização. Campina Grande. EDUEPB, 2011. 320 p.

SOUZA, Políbio José de Campos. Resposta à crise: a experiência de Belo Horizonte. In: NILO, Kelly, MORAIS, Maria Auxiliadora Barros, GUIMARÃES, Maria Betânia de Lima, VASCONCELOS, Maria Eliza, NOGUEIRA, Maria Tereza Granha, ABOU- YD, Miriam (organizadores), Política de saúde mental de Belo Horizonte: o cotidiano de uma utopia, Belo Horizonte, Secretaria Municipal de Saúde VIII p. 111-127. 20 , 2008.

THRIFT, Nigel; MAY, Jon. Introdução. In *TimeSpace: geographies of temporality*, Nova York: Routledge. 2003, p 1-47.

TORRE, Eduardo Henrique Guimarães; AMARANTE, Paulo. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2001, vol.6, n.1, pp.73-85. ISSN 1413-8123. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000100006&lng=en&nrm=iso>. access on 10 october 2017.

URRY, John. Mobile sociology. *The British Journal of Sociology*. 51(1): 185–203. 2000.

URRY, John. *Global complexity*, Reino Unido: Polity Press, 2003. 184 p .

URRY, John. *Sociology beyond societies. Mobilities for the Twentyfirst Century*. London: Routledge, 2010. 255p.

VELOSO Thelma Maria Grisiet. al. Residências Terapêuticas e Reforma Psiquiátrica em produções discursivas da população. In: SILVEIRA, Maria de Fátima Araújo,

JUNIOR, Hudson Pires de O. Santos (Organizadores). Residências terapêuticas: pesquisa e prática nos processos de desinstitucionalização. Campina Grande. EDUEPB, 2011. 320 p.

VIECELI, Ana Paula. Lugares da loucura: o reencontro da cidade com a diferença. III Encontro da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Arquitetura e Urbanismo arquitetura, cidade e projeto: uma construção coletiva São Paulo, São Paulo, 2014.

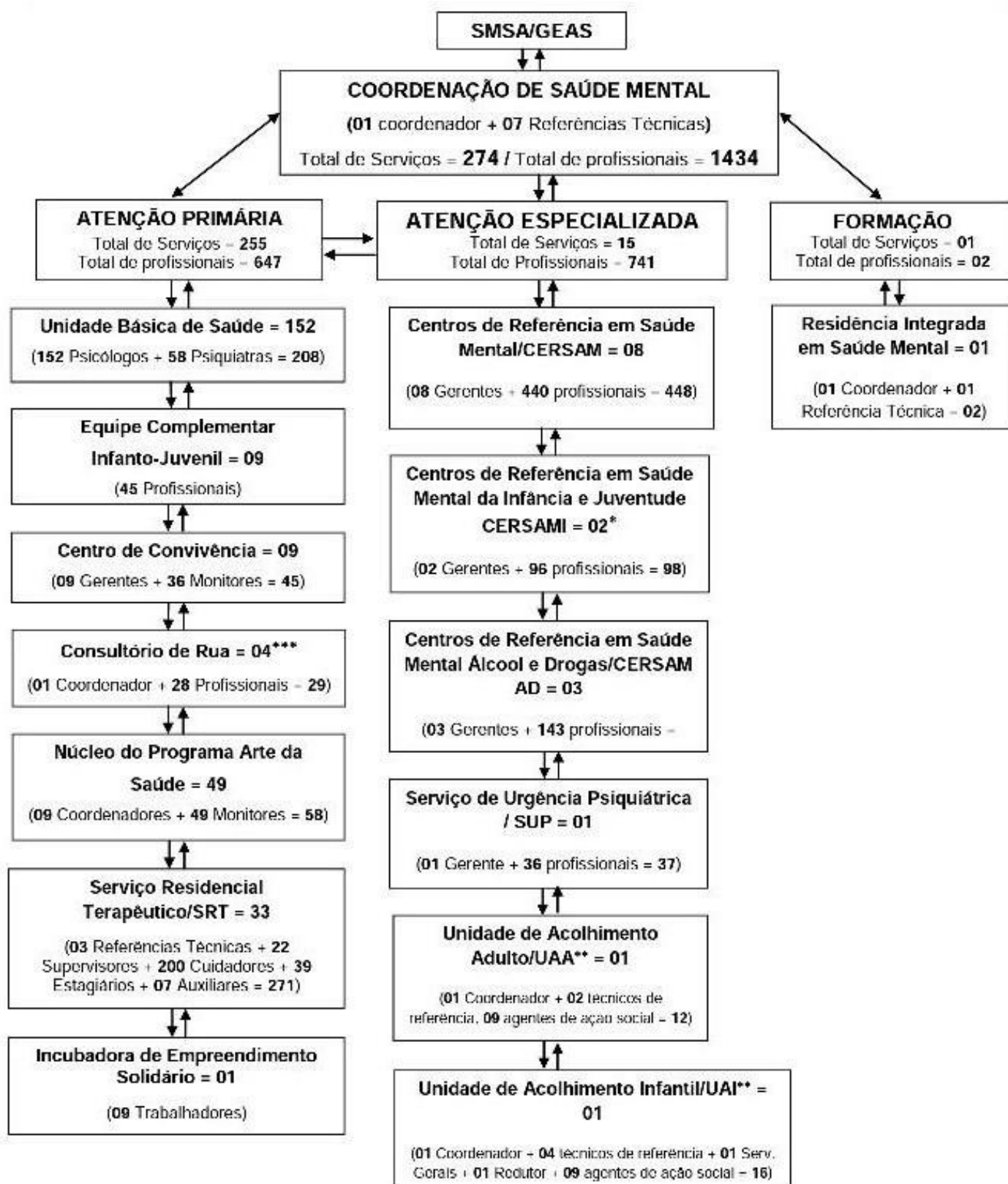
WACHS, Felipe.et. al. Processos de subjetivação e territórios de vida: o trabalho de transição do hospital psiquiátrico para serviços residenciais terapêuticos. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 20 [3]: 895-912, 2010.

WEYLER, Audrey. Rossi, O hospício e a cidade: novas possibilidades de circulação do louco. Imaginário, USP, vol. 12, no 13, 381-395, 2006.

WISNIK, José Miguel. O som e o sentido: uma outra história das músicas. São Paulo, Companhia das Letras, 2ª edição, 2014, 283 p.

ANEXOS

Anexo I – Organograma da Coordenação de Saúde Mental de Belo Horizonte



*O atendimento infante-juvenil está dividido em 03 serviços: CERSAM NO, CERSAMI NE (PBH) e CEPAL - FHEMIG (em fase de formalização).

** Com previsão de abertura de Unidade de Acolhimento Infante-Juvenil para 2017.

*** Com previsão de ampliação de mais 02 equipes para o primeiro semestre de 2017.

Anexo II – Pareceres consubstanciados



**PREFEITURA DE SAÚDE MUNICIPAL DE
BELO HORIZONTE, SAÚDE DE BELO HORIZONTE/
SMSA-BH**



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição, Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa; Reformar a Pesquisa prática e mobilidade: construção da rede, com a idade como estratégia de intervenção para desinstitucionalização da loucura

Pesquisador: Ana Marcela Ardila Pinheiro

Área Temática;

Versão; 1

CAAE; 67513817.2.30D2.5140

Instituição Proponente: IPRO REITORIA DE PESQUISA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio,

DADOS DO PARECER

Número do Parecer; 2.157.671

Apresentação do Projeto;

"A transformação do modelo de cuidado para pessoas com transtorno mental concluída pelo processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira traz a possibilidade de uso da cidade como espaço de intervenção. Apostando na substituição do hospital psiquiátrico por uma rede diversificada de serviços territoriais e portas abertas, o movimento prático a convívio cotidiana, nas

ruas da cidade, nos seus equipamentos, nos espaços de lazer, de doçes e no doçidos. Além disso, a Reforma Psiquiátrica traz para o debate a dimensão da cidadania e dos projetos de vida para aqueles que foram e ainda são, considerados incapazes. Nesse contexto, o processo de fechamento de um hospital psiquiátrico de transição, conduzido por uma equipe de desinstitucionalização, constitui-se como laboratório

para refletir sobre o tanto da mobilidade de seus usuários como do uso da rua e do urbano como espaços privilegiados de intervenção, mas também para refletir sobre esse grande movimento proposto pela Reforma. Em setembro de 2012 foi aberto, na cidade de Belo Horizonte, um Hospital Psiquiátrico de Transição, que recebeu usuários vindos do último hospital psiquiátrico conveniado com a secretaria de saúde da mesma cidade, que estava

funcionando suas partes. Foi mantida, pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, uma

Endereço: Rua Francisco Elói, 811 - J. 8 - Ilhéus - BA

Bairro: Paqueta - CEP: 30.720.000

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31) 3241-1111

E-mail: cocc@poh.gov.br



**PREFEITURA DE SAÚDE MUNICIPAL DE
BELO HORIZONTE /
SMSA-BH**



Continuação do Processo: 2.157.671

equipe multidisciplinar para cuidar tanto de

transferências dos usuários de um hospital a outro, como para organizar sua rotina de trabalho e Transição para os Serviços Residenciais

Terapêuticos - SRT ou a casa de suas famílias. Tal equipe foi denominada Equipe de Desinstitucionalização de Belo Horizonte - EIDBI-I e EJTumra

trabalhando com os usuários, de maneira particularizada, diagnosticando, resgatando e construindo habilidades para a vida fora do hospital. A cidade se apresentava para esses usuários com um velho espaço no qual, ao serem reencontrados, alguns sinais foram percebidos, sobre os quais precisaram se atualizar; a entrada em ônibus, a falta de porta de entrada ou de saída; a moeda em circulação e seu valor; a vedação dos canos, etc. Também

em vista a intervenção realizada pela EDBH mas também a relação individual de cada usuário com as possibilidades de mobilidade das instituições, essa pesquisa pretendeu compreender as práticas de mobilidade dessas pessoas durante sua internação no hospital psiquiátrico de transição e compará-las com as práticas de mobilidade após a alta hospitalar, nos Serviços Residenciais Terapêuticos. Entre as ações que empreendemos as

transformações dinâmicas da mobilidade, desenvolvemos as seguintes ações: a) agentes externos ao hospital; a) moramento e autonomia na gestão do dinheiro; aumento da demanda para acessar os serviços extra-hospitalares. As informações serão utilizadas a partir de breves e grupos focais com trabalhadores e usuários no acompanhamento dos usuários. Todos os envolvidos a assinar o termo de consentimento livre e esclarecido, sendo sua participação na pesquisa condicionada a essa análise. Uma vez coletados os dados, eles serão tratados a partir de metodologia-s quantitativas e qualitativas, tais como: espacialização dos dados referente às práticas de mobilidade, análise de conteúdo, categorização e sistematização das informações com auxílio de software Nvivo e ArcGis."

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Compreender as práticas de mobilidade de pessoas com sofrimento mental durante sua internação em um hospital psiquiátrico de transição, à luz da metodologia de intervenção da equipe de desinstitucionalização e comparação com as práticas de mobilidade após a alta hospitalar, nos Serviços Residenciais Terapêuticos.

Objetivo Secundário:

N) Analisar a história de um hospital psiquiátrico em transição - HSF, seu processo de desinstitucionalização e a influência das transformações do modelo de cuidado e das

Endereço: Rua Frederico Bacher 1111, HJJ/J" 8110-000, Belo Horizonte

Bairro: Paqueta

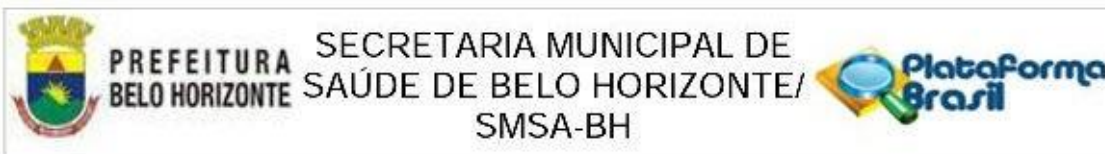
CEP: 30.720-000

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (51) 3242-0000

E-mail: coop@poh.gov.br



Continuação do Parecer: 2.157.671

metodologias de intervenção em saúde mental no Brasil; (2) compreender a função da equipe de desinstitucionalização nesse processo, identificando práticas, experiências e significados dos deslocamentos dos usuários do HSF e o papel desses deslocamentos no processo de intervenção das equipes; (3) descrever as interações entre os pacientes e os diferentes agentes que circulavam e habitavam o bairro do hospital psiquiátrico de transição, bem como as interações que ocorrem com os agentes dos bairros nos quais alguns pacientes residem atualmente."

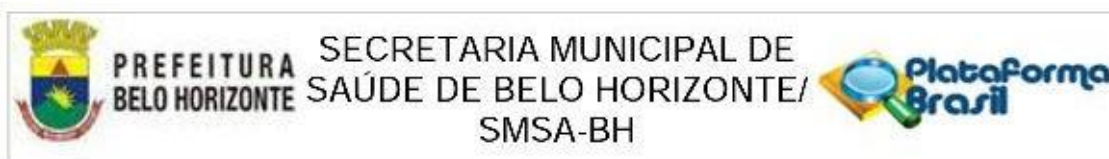
Avaliação dos Riscos e Benefícios:

"Riscos: os riscos que podem advir desse tipo de pesquisa são relativos a algum constrangimento que a entrevista e o acompanhamento da rotina dos pacientes podem causar. No entanto, algumas estratégias podem ser adotadas para minimizar esses riscos, tais como: orientação aos entrevistados sobre a possibilidade de não responder a qualquer pergunta com a qual não se sinta confortável e de recusar o acompanhamento se não estiver se sentindo bem naquele momento; adotar uma postura delicada e atenta durante as entrevistas e o acompanhamento, observando os limites colocados pelos entrevistados e cuidando para não ultrapassar esses limites. Outro ponto que pode minimizar os riscos aqui elencados é o fato da pesquisadora já ter convivido com os pacientes e trabalhadores, tendo desenvolvido uma relação próxima e amistosa, além do fato de ser uma profissional que trabalha na área por mais de 4 anos. Nos momentos de acompanhamento dos pacientes nos Serviços Residenciais Terapêuticos a pesquisadora estará atenta ao cotidiano da casa, cuidando para que sua presença não cause desconforto e nem seja invasiva para os moradores, tampouco para os trabalhadores desses serviços. Como a pesquisadora e os pacientes que serão entrevistados já tiveram uma extensa convivência, pretende-se organizar os encontros para as entrevistas de maneira leve e descontraída, podendo estes ser caracterizados como visitas aos moradores. Dessa forma pretende-se minimizar os riscos aqui enumerados.

Benefícios:

a presente pesquisa tem como benefício a documentação acadêmica de uma experiência singular ocorrida em Belo Horizonte, na qual um hospital psiquiátrico foi aberto com objetivo de receber um número delimitado de pacientes crônicos para organizar a alta de todos eles. Além desse benefício, a pesquisa também propõe dar voz às pessoas com sofrimento mental, jogando luz nos

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02
Bairro: Padre Eustáquio **CEP:** 30.720-000
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3277-5309 **E-mail:** coop@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 2.157.671

movimentos de resistência e significação pessoal

do cotidiano institucional. Se debruçar sobre a prática da Equipe de Desinstitucionalização e sua percepção para os pacientes pode revelar uma forma de uso do espaço urbano como local de intervenção em saúde mental contribuindo para as práticas de outros serviços, mesmo que da rede substitutiva. A proposta de realizar uma análise comparativa entre as práticas de mobilidade realizadas pelos pacientes durante sua internação no hospital e após a sua alta também é vista como um benefício, uma vez que pode elucidar as mobilidades ou imobilidades que existem atualmente e contribuir para uma melhor compreensão dos serviços e suas possibilidades.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de pesquisa de interesse para a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, com a previsão de término para março de 2018.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

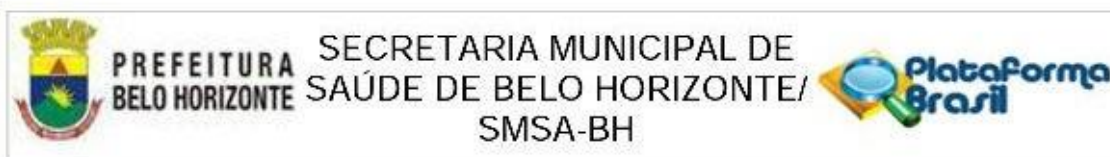
Foram anexados os seguintes documentos: Informações básicas sobre o projeto, TCLE (3 modelos), projeto finalizado, folha de rosto, carta de anuência da SMSA, Aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (versão 1 e 2). Entretanto o TECLE deverá passar por adequações a fim de sua coadunação às normas éticas em vigências, conforme prescrito no campo 'Recomendações' deste Parecer.

Recomendações:

1) Incluir no modelo de TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) apresentado os dados de contato do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte: Dados de contato do CEP da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 302 - Padre Eustáquio - Belo Horizonte - MG. CEP: 30.720-000 Telefone: 3277-5309;

2) Incluir no novo modelo de TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) a ser apresentado o destino do instrumentos de coleta de dados a serem adotados na pesquisa. Se há o planejamento de se armazenar os dados após o término do prazo prescrito na Resolução CNS 466/12, explicar durante quanto tempo, e quem será o responsável pela guarda do material e local da guarda. Segundo a resolução CNS 466/12, cabe ao pesquisador manter em arquivo, sob sua guarda, por 5 (cinco) anos, os dados da pesquisa, contendo gravações, fichas individuais e todos os demais documentos utilizados para a coleta de dados.

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02
Bairro: Padre Eustáquio **CEP:** 30.720-000
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3277-5309 **E-mail:** coop@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 2.157.671

3) incluir no modelo de TCLE informações relativas à garantia de reparação dos danos eventualmente causados em decorrência da participação na pesquisa, segundo a Resolução 466/12:IV.3 - O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deverá conter, obrigatoriamente: ... h) explicitação da garantia de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

4) Descrever no TCLE as medidas para proteção ou minimização dos desconfortos e riscos previsíveis.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, não encontrando objeções éticas e verificando que o projeto cumpriu os requisitos da Resolução CNS 466/12, considera aprovado o projeto Reforma Psiquiátrica e práticas de mobilidade: a reconstrução da relação com a cidade como estratégia de intervenção para desinstitucionalização da loucura.

Considerações Finais a critério do CEP:

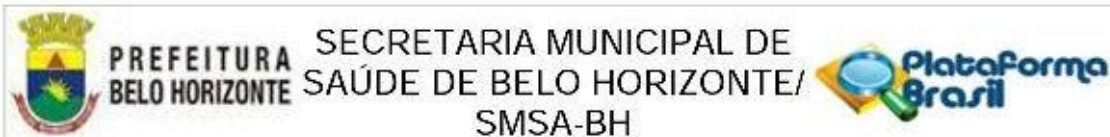
Salienta-se que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.

O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto nos casos previstos na Resolução CNS 466/12. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser previamente apresentadas para apreciação do CEP através da Plataforma Brasil, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Relatórios semestrais, a partir da data de aprovação, devem ser apresentados ao CEP para acompanhamento da pesquisa. Ao término da pesquisa deve ser apresentado relatório final.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02
Bairro: Padre Eustáquio **CEP:** 30.720-000
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3277-5309 **E-mail:** coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 2.157.671

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_921536_E1.pdf	15/05/2017 15:41:26		Aceito
Outros	67513817parecerassinado.pdf	15/05/2017 10:52:39	Vivian Resende	Aceito
Outros	675138172aprovacaoassinada.pdf	15/05/2017 10:52:33	Vivian Resende	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	25/04/2017 12:17:10	LUIZA MORENA ALVES LOPES	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	13/03/2017 20:48:19	LUIZA MORENA ALVES LOPES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_finalizado.pdf	13/03/2017 20:32:21	LUIZA MORENA ALVES LOPES	Aceito
Outros	carta_anuencia.pdf	13/03/2017 18:02:56	LUIZA MORENA ALVES LOPES	Aceito
Outros	Parecer_consubiastanciado.pdf	13/03/2017 17:59:50	LUIZA MORENA ALVES LOPES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 05 de Julho de 2017

Assinado por:
Eduardo Prates Miranda
(Coordenador)

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02
Bairro: Padre Eustáquio **CEP:** 30.720-000
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3277-5309 **E-mail:** coep@pbh.gov.br

HOSPITAL SOFIA FELDMAN/
FUNDAÇÃO DE ASSISTENCIAL
INTEGRAL À SAÚDE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Reforma Psiquiátrica e práticas de mobilidade: a reconstrução da relação com a cidade como estratégia de intervenção para desinstitucionalização da loucura

Pesquisador: Ana Marcela Ardila Pinto

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 67513817.2.3001.5132

Instituição Proponente: PRO REITORIA DE PESQUISA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.094.505

Apresentação do Projeto:

O projeto refere-se a uma com abordagem qualitativa, que atende ao requisito parcial para obtenção do título de Mestre, curso realizado no Departamento de Pós-graduação em Sociologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da UFMG, sob orientação da Profa Ana Marcela Ardila Pinto. A pesquisa será realizada com o intuito de compreender as práticas de mobilidade de pessoas com sofrimento mental durante sua internação em um hospital psiquiátrico de transição, à luz da metodologia de intervenção da equipe de desinstitucionalização, e compará-las com as práticas de mobilidade após a alta hospitalar, nos Serviços Residenciais Terapêuticos. Serão participantes da pesquisa trabalhadores do Hospital Sofia Feldman – Unidade Psiquiátrica, usuários que estiveram internados no hospital e encontram-se atualmente em Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT's) e com trabalhadores dos respectivos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT's). Cabe esclarecer que os usuários irão participar do estudo dois momentos: durante sua internação em um hospital psiquiátrico de transição, o Hospital Sofia Feldman – Unidade Psiquiátrica e após sua alta para um Serviço Residencial Terapêutico de Belo Horizonte.

Os dados serão coletados a partir de dados a partir de grupos focais com trabalhadores do hospital, entrevistas semi-estruturadas com alguns usuários que estiveram internados no hospital e com trabalhadores de suas respectivas SRT's, acompanhamento da rotina de alguns pacientes e

Endereço: Rua Antônio Bandeira, 1060

Bairro: Tupi

CEP: 31.844-130

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3408-2249

Fax: (31)3408-2218

E-mail: lop@sofiafeldman.org.br

HOSPITAL SOFIA FELDMAN/
FUNDAÇÃO DE ASSISTENCIAL
INTEGRAL À SAÚDE



Continuação do Parecer: 2.094.505

análise documental. Os participantes da entrevista serão definidos a partir dos grupos focais realizados com trabalhadores, sendo que alguns desses trabalhadores poderão ser entrevistados, individualmente, com roteiro pré-estabelecido e em profundidade, caso se verifique necessidade de complementar o primeiro material produzido. Os participantes dos grupos serão convidados a sugerir seis usuários para serem entrevistados (aqueles que possuem habilidades comunicativas verbais) e dois para serem acompanhados no seu cotidiano (aqueles que não possuem habilidades comunicativas verbais). Serão também realizadas entrevistas com um dos cuidadores, com a supervisora e com um estagiário da SRT na qual os usuários entrevistados e acompanhados morarem. O acompanhamento do cotidiano dos usuários escolhidos, será utilizado o Diário de Campo como instrumento, além de recursos eletrônicos para gravação. O acompanhamento será feito por dois meses, com dois encontros semanais agendados com a supervisora da SRT e com o usuário em questão. A duração de cada encontro respeitará a individualidade de cada um, preconizando pelo bem estar dos acompanhados e demais moradores da SRT. Esse acompanhamento poderá ser interrompido a qualquer momento pelo usuário. A pesquisa nos prontuários do hospital dos pacientes entrevistados bem como, nos registros documentais das SRT's buscará complementar as informações obtidas nas etapas descritas anteriormente. Em relação aos prontuários serão pesquisados aqueles dos pacientes entrevistados e acompanhados, desde o dia da sua chegada ao hospital até o momento de sua alta. Os registros documentais das SRT's que se pretende investigar são cadernos de plantão, arquivos específicos dos moradores, etc.

Crerios de inclusão dos participantes profissionais: a população compreenderá pessoas que trabalharam no hospital durante sua existência. Serão convidados a participar do grupo focal representantes de cada uma das seguintes categorias profissionais que atuaram no local: médico, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, técnico de enfermagem. Em relação aos trabalhadores do hospital que não compunham o corpo clínico, serão convidados um de cada uma das categorias: porteiro, auxiliar de cozinha, auxiliar de serviços gerais. Por fim, também serão convidados os trabalhadores que compuseram a Equipe de Desinstitucionalização que atuava diretamente com os pacientes, organizando sua saída do hospital. Por serem muitos representantes, usaremos a estratégia de dividir os trabalhadores em dois grupos que se reunirão em momentos distintos, embora trabalhando sob a mesma orientação. Como critério de inclusão para os trabalhadores do hospital psiquiátrico de transição e Equipe de Desinstitucionalização será usado: ter trabalhado no hospital por pelo menos seis meses, tendo tido envolvimento com os usuários; ter disponibilidade para participar do grupo focal; aceitar o convite para participar da

Endereço: Rua Antônio Bandeira, 1060
Bairro: Tupi **CEP:** 31.844-130
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3408-2249 **Fax:** (31)3408-2218 **E-mail:** lep@sofiafeldman.org.br

HOSPITAL SOFIA FELDMAN/
FUNDAÇÃO DE ASSISTENCIAL
INTEGRAL À SAÚDE



Continuação do Parecer: 2.094.505

pesquisa e assinar o TCLE. Os profissionais da profissionais dos SRT's, serão cuidadores, estagiários e supervisores. Como critério de inclusão para os trabalhadores das SRT's será usado: estar trabalhando ou ter trabalhado na SRT por pelo menos seis meses, tendo tido envolvimento com os usuários; ter disponibilidade para responder à entrevista; aceitar o convite para participar da pesquisa e assinar o TCLE. Seis usuários serão entrevistados pela pesquisadora, individualmente, seguindo roteiro semi-estruturado e dois serão acompanhados em algumas atividades cotidianas pela pesquisadora. Os usuários deverão atender aos seguintes critérios de inclusão: ter participado do processo de desinstitucionalização do Hospital Sofia Feldman – Unidade Psiquiátrica; morar em belo horizonte, em um serviço residencial terapêutico; apresentar dificuldade de comunicação verbal; aceitar participar da pesquisa e assinar o TCLE. Como critério de exclusão, será considerado possuir plena capacidade comunicativa verbal; apresentar-se em crise aguda no momento do início do acompanhamento do cotidiano.

O material colhido nas entrevistas e nos grupos focais será analisado quantitativamente, por meio de estatística descritiva, mas também qualitativamente, por meio de categorização e codificação das falas através de software como Nvivo. Será usada a Análise de Conteúdo para analisar os dados. A pesquisadora irá também espacializar os dados das práticas de mobilidade a partir de sistema de informações geográficas com ajuda de software como ArcGis.

Objetivo da Pesquisa:

conhecer a perspectiva do enfermeiro obstetra em relação à assistência às mulheres em processo de abortamento, no Hospital Sofia Feldman

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

As pesquisadoras explicitaram que os riscos que podem advir desse tipo de pesquisa são relativos a algum constrangimento que a entrevista e o acompanhamento da rotina dos pacientes podem causar. No entanto, algumas estratégias podem ser adotadas para minimizar esses riscos, tais como: orientação aos entrevistados sobre a possibilidade de não responder a qualquer pergunta com a qual não se sinta confortável e de recusar o acompanhamento se não estiver se sentindo bem naquele momento; adotar uma postura delicada e atenta durante as entrevistas e o acompanhamento, observando os limites colocados pelos entrevistados e cuidando para não ultrapassar esses limites. Outro ponto que pode minimizar os riscos aqui elencados é o fato da pesquisadora já ter convivido com os pacientes e trabalhadores, tendo desenvolvido uma relação próxima e amistosa, além do fato de ser uma profissional que trabalha na área por mais de 4 anos.

Endereço: Rua Antônio Bandeira, 1060

Bairro: Tupi

CEP: 31.844-130

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3408-2249

Fax: (31)3408-2218

E-mail: lop@sofiaroldman.org.br

HOSPITAL SOFIA FELDMAN/
FUNDAÇÃO DE ASSISTENCIAL
INTEGRAL À SAÚDE



Continuação do Parecer: 2.094.505

Nos momentos de acompanhamento dos pacientes nos Serviços Residenciais Terapêuticos a pesquisadora estará atenta ao cotidiano da casa, cuidando para que sua presença não cause desconforto e nem seja invasiva para os moradores, tampouco para os trabalhadores desses serviços.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo encontra-se bem estruturado metodologicamente

Inserir no TCLE o contato do CEP do Hospital Sofia Feldman.

Não foi explicitado como serão trabalhados os registros realizados no diário de campo da pesquisadora.

Adequar o cronograma de pesquisa

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados:

Folha de rosto;

Projeto Detalhado

Termo de consentimento

Roteiro de entrevista e grupo focal

Recomendações:

Adequações conforme sugeridas ao longo do parecer.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Favorável à aprovação do projeto e à emenda para a inclusão da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte como coparticipante do projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_921536 E1.pdf	15/05/2017 15:41:26		Aceito

Endereço: Rua Antônio Bandeira, 1060

Bairro: Tupi

CEP: 31.844-130

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3408-2249

Fax: (31)3408-2218

E-mail: lop@sofiafeldman.org.br

HOSPITAL SOFIA FELDMAN/
FUNDAÇÃO DE ASSISTENCIAL
INTEGRAL À SAÚDE



Continuação do Parecer: 2.094.505

Outros	67513817parecerassinado.pdf	15/05/2017 10:52:39	Vivian Resende	Aceito
Outros	675138172aprovacaoassinada.pdf	15/05/2017 10:52:33	Vivian Resende	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	25/04/2017 12:17:10	LUIZA MORENA ALVES LOPES	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	13/03/2017 20:48:19	LUIZA MORENA ALVES LOPES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_finalizado.pdf	13/03/2017 20:32:21	LUIZA MORENA ALVES LOPES	Aceito
Outros	carta_anuencia.pdf	13/03/2017 18:02:56	LUIZA MORENA ALVES LOPES	Aceito
Outros	Parecer_consubiado.pdf	13/03/2017 17:59:50	LUIZA MORENA ALVES LOPES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 01 de Junho de 2017

Assinado por:
Erika da Silva Dittz
(Coordenador)

Endereço: Rua Antônio Bandeira, 1060

Bairro: Tupi

CEP: 31.844-130

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3408-2249

Fax: (31)3408-2218

E-mail: icp@sofiafeldman.org.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Reforma Psiquiátrica e práticas de mobilidade: a reconstrução da relação com a cidade como estratégia de intervenção para desinstitucionalização da loucura

Pesquisador: Ana Marcela Ardila Pinto

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 67513817.2.0000.5149

Instituição Proponente: PRO REITORIA DE PESQUISA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.079.663

Apresentação do Projeto:

Resumo do projeto anexado à plataforma: "A transformação do modelo de cuidado para pessoas com sofrimento mental conduzida pelo processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira traz no seu cerne o incremento da mobilidade dos usuários e também possibilidades de uso da cidade como espaço de intervenção. Apostando na substituição do hospital psiquiátrico por uma rede diversificada de serviços territoriais e de portas abertas, esse movimento propõe a convivência cotidiana, nas ruas da cidade, nos seus equipamentos, nos espaços de lazer, de doídos e não doídos. Para além disso, a Reforma Psiquiátrica traz para o centro da discussão a dimensão da cidadania e dos projetos de vida para aqueles que foram, e ainda são, considerados incapazes. Nesse contexto, o processo de fechamento de um hospital psiquiátrico de transição, conduzido por uma equipe de desinstitucionalização, constitui-se como laboratório para reflexão tanto da mobilidade de seus usuários como do uso da rua e do urbano como espaços privilegiados de intervenção, mas também para refletir sobre esse grande movimento proposto pela Reforma. Em setembro de 2012 foi aberto, na cidade de Belo Horizonte, um Hospital Psiquiátrico de Transição, que recebeu usuários vindos do último hospital psiquiátrico conveniado com a secretaria de saúde da mesma cidade, que estava fechando suas portas. Foi contratada, pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, uma equipe multidisciplinar para cuidar tanto da transferência dos

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2ª Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coop@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Protocolo: 2.079.663

usuários de um hospital a outro, como para organizar sua alta do Hospital de Transição para os Serviços Residenciais Terapêuticos - SRT ou casa de suas famílias. Tal equipe foi denominada Equipe de Desinstitucionalização de Belo Horizonte – EDBH e atuava diretamente com os usuários, de maneira particularizada, diagnosticando, resgatando e construindo habilidades para a vida fora do hospital. A cidade se apresentava para esses usuários como um velho espaço novo, onde reencontraram alguns signos transformados, sobre os quais precisaram se atualizar: a entrada no ônibus, pela porta da frente ou de trás; a moeda em circulação e seu valor; a velocidade dos carros, etc. Tendo em vista a intervenção realizada pela EDBH, mas também a relação individual de cada usuário com as possibilidades de mobilidade das instituições, essa pesquisa pretende compreender as práticas de mobilidade dessas pessoas durante sua internação no hospital psiquiátrico de transição e compará-las com as práticas de mobilidade após a alta hospitalar, nos Serviços Residenciais Terapêuticos. Entre as ações que expressariam as transformações dinâmicas da mobilidade, consideraremos relevantes as seguintes: relações com agentes externos ao hospital; aprimoramento de autonomia na gestão do dinheiro; aumento da demanda para acessar os espaços extra-hospitalares. As informações serão coletadas a partir de entrevistas e grupos focais com trabalhadores e usuários e de acompanhamento de usuários. Todos serão convidados a assinar o termo de consentimento livre e esclarecido, sendo sua participação na pesquisa condicionada a essa anuência. Uma vez coletados os dados, eles serão tratados a partir de metodologias quantitativas e qualitativas, tais como: espacialização dos dados referentes às práticas de mobilidade, análise de conteúdo, categorização e sistematização das informações com auxílio de software Nvivo e ArcGis.”

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Compreender as práticas de mobilidade de pessoas com sofrimento mental durante sua internação em um hospital psiquiátrico de transição, à luz da metodologia de intervenção da equipe de desinstitucionalização, e compará-las com as práticas de mobilidade após a alta hospitalar, nos Serviços Residenciais Terapêuticos. **Objetivo Secundário:** (1) Analisar a história de um hospital psiquiátrico de transição - HSF, seu processo de desinstitucionalização e fechamento a partir das transformações do modelo de cuidado e das metodologias de intervenção em saúde mental no Brasil; (2) compreender a função da equipe de desinstitucionalização nesse processo, identificando práticas, experiências e significados dos deslocamentos dos usuários do HSF e o papel desses deslocamentos no processo de intervenção das equipes; (3) descrever as interações entre os pacientes e os diferentes agentes que circulavam e habitavam o bairro do hospital psiquiátrico de transição, bem como as interações que ocorrem com os agentes dos

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2ª Ad SI 2005
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coop@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 2.079.663

bairros nos quais alguns pacientes residem atualmente.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos e benefícios descritos no projeto: "Riscos: os riscos que podem advir desse tipo de pesquisa são relativos a algum constrangimento que a entrevista e o acompanhamento da rotina dos pacientes podem causar. No entanto, algumas estratégias podem ser adotadas para minimizar esses riscos, tais como: orientação aos entrevistados sobre a possibilidade de não responder a qualquer pergunta com a qual não se sinta confortável e de recusar o acompanhamento se não estiver se sentindo bem naquele momento; adotar uma postura delicada e atenta durante as entrevistas e o acompanhamento, observando os limites colocados pelos entrevistados e cuidando para não ultrapassar esses limites. Outro ponto que pode minimizar os riscos aqui elencados é o fato da pesquisadora já ter convivido com os pacientes e trabalhadores, tendo desenvolvido uma relação próxima e amistosa, além do fato de ser uma profissional que trabalha na área por mais de 4 anos. Nos momentos de acompanhamento dos pacientes nos Serviços Residenciais Terapêuticos a pesquisadora estará atenta ao cotidiano da casa, cuidando para que sua presença não cause desconforto e nem seja invasiva para os moradores, tampouco para os trabalhadores desses serviços. Como a pesquisadora e os pacientes que serão entrevistados já tiveram uma extensa convivência, pretende-se organizar os encontros para as entrevistas de maneira leve e descontraída, podendo estes ser caracterizados como visitas aos moradores. Dessa forma pretende-se minimizar os riscos aqui enumerados. Benefícios: a presente pesquisa tem como benefício a documentação acadêmica de uma experiência singular ocorrida em Belo Horizonte, na qual um hospital psiquiátrico foi aberto com objetivo de receber um número delimitado de pacientes crônicos para organizar a alta de todos eles. Além desse benefício, a pesquisa também propõe dar voz às pessoas com sofrimento mental, jogando luz nos movimentos de resistência e significação pessoal do cotidiano institucional. Se debruçar sobre a prática da Equipe de Desinstitucionalização e sua percepção para os pacientes pode revelar uma forma de uso do espaço urbano como local de intervenção em saúde mental contribuindo para as práticas de outros serviços, mesmo que da rede substitutiva. A proposta de realizar uma análise comparativa entre as práticas de mobilidade realizadas pelos pacientes durante sua internação no hospital e após a sua alta também é vista como um benefício, uma vez que pode elucidar as mobilidades ou imobilidades que existem atualmente e contribuir para uma melhor compreensão dos serviços e suas possibilidades."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de pesquisa pertinente para a área da saúde. Término previsto para 29/03/2018. Os

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2ª Ad SI 2005
 Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coop@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 2.079.663

autores solicitaram emenda à proposta original para a inclusão da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte como coparticipante do projeto com base nos seguintes termos: "A proposta de emenda foi feita, pois consta como parte da coleta de dados entrevistas e observação participante do cotidiano de usuários que estão residindo em Serviços Residenciais Terapêuticos da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Dessa forma, seguindo as instruções da própria secretaria, preciso que o CEP desse órgão também avalie e emita parecer sobre o meu projeto para que eu consiga cumprir essa etapa de coleta.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram anexados os seguintes documentos: informações básicas do projeto, TCLE, folha de rosto, projeto finalizado, carta anuência e parecer consubstanciado. No TCLE não foi colocado o endereço da pesquisadora.

Recomendações:

Gentileza acrescentar no TCLE o endereço da pesquisadora. No caso de gravação, fotografia ou filmagem deve ser esclarecido no projeto com quem, onde e por quanto tempo ficarão armazenados (o tempo ideal é de 5 a 10 anos, podendo haver também destruição dos dados logo após transcrição dos mesmos).

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Somos favoráveis à aprovação do projeto " Reforma Psiquiátrica e práticas de mobilidade: a reconstrução da relação com a cidade como estratégia de intervenção para desinstitucionalização da loucura do (a) pesquisador(a) responsável Prof.(a) Dr (a.) Ana Marcola Ardila Pinto". Também, somos favoráveis à emenda realizada no projeto original. Gentileza acrescentar endereço da pesquisadora no TCLE e esclarecer o projeto os cuidados com as gravações armazenadas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o COEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2ª Ad SI 2005
 Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coop@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 2.079.663

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_921536_E1.pdf	15/05/2017 15:41:26		Aceito
Outros	67513817parecerassinado.pdf	15/05/2017 10:52:39	Vivian Resende	Aceito
Outros	675138172aprovacaoassinada.pdf	15/05/2017 10:52:33	Vivian Resende	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	25/04/2017 12:17:10	LUIZA MORENA ALVES LOPES	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	13/03/2017 20:48:19	LUIZA MORENA ALVES LOPES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_finalizado.pdf	13/03/2017 20:32:21	LUIZA MORENA ALVES LOPES	Aceito
Outros	carta_anuencia.pdf	13/03/2017 18:02:56	LUIZA MORENA ALVES LOPES	Aceito
Outros	Parecer_consubiado.pdf	13/03/2017 17:59:50	LUIZA MORENA ALVES LOPES	Aceito
Outros	675138172emendaassinada.pdf	24/05/2017 11:15:45	Vivian Resende	Aceito
Outros	675138172parecerassinado.pdf	24/05/2017 11:15:57	Vivian Resende	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 24 de Maio de 2017

Assinado por:
Vivian Resende
(Coordenador)

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2ª Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coop@prpq.ufmg.br

Anexo III – Termos de Consentimento Livre e Esclarecido

Anexo III.a – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Participação em Grupo Focal

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: Sujeitos loucos e práticas de mobilidade: uma proposta de estudo comparado sobre os Modelos de Atenção em Saúde Mental

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa cujo objetivo é compreender as práticas de mobilidade de alguns usuários da rede de saúde mental de Belo Horizonte em dois momentos: durante sua internação em um hospital psiquiátrico de transição e após sua alta hospitalar. Esta pesquisa está sendo realizada como atividade pelo Curso de Mestrado em Sociologia Urbana do Departamento de Pós-graduação em Sociologia da UFMG. Se você aceitar participar da pesquisa, os procedimentos envolvidos em sua participação serão: participar de um grupo focal, no qual serão realizadas perguntas disparadoras sobre as percepções da mobilidade dos usuários durante sua internação no hospital psiquiátrico de transição no qual você trabalhou. O tempo previsto para a realização do grupo é de 1h:30m, e será realizado na Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas - FAFICH da UFMG.

Os dados obtidos serão gravados e transcritos para posterior análise, e mantidos os sigilos dos participantes. Esse material será armazenado, em arquivo, sob os cuidados da pesquisadora Luiza Morena, pelo período de cinco anos, conforme determinação da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Os possíveis riscos decorrentes da participação nessa etapa da pesquisa podem ser desconfortos emocionais ou físicos, pois os participantes irão falar de suas experiências durante o trabalho no hospital. Caso algum participante relate qualquer desconforto ou se a pesquisadora observar o surgimento desse tipo de situação, a coleta de dados será interrompida, o participante será convidado a dizer do seu desconforto e a indicar se prefere deixar de participar da pesquisa ou se quer continuar, podendo optar por finalizar a coleta de dados em outro momento.

Dentre os benefícios da pesquisa, almeja-se registrar uma experiência única da rede de saúde mental de BH, qual seja, a abertura de um hospital psiquiátrico

transitório, além de analisar os usos da cidade como recursos de intervenção terapêutica, ampliar o protagonismo dos usuários e fortalecer as políticas públicas de saúde.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou ainda, se desistir de participar e retirar seu consentimento após o início da coleta de dados, não haverá nenhum prejuízo para você. Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos. Durante a realização do grupo focal será oferecido um lanche para os participantes. Caso ocorra alguma intercorrência ou dano, resultante de sua participação na pesquisa, você receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal, sendo inclusive indenizado por esses eventuais danos causados.

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados. A Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte e o Hospital Sofia Feldman não são responsáveis pela autorização para participação na pesquisa de trabalhadores e demais participantes que não estejam vinculados formalmente a essas instituições. Este projeto é de autoria de Luiza Morena Alves Lopes e terá como pesquisador responsável a Prof^aDr^a Ana Marcela Ardila Pinto. Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com a pesquisadora, pelo telefone (31) 984829823, e-mail lumorenaal@gmail.com ou marardila@gmail.com, ou, ainda, em caso de dúvidas quanto a questões éticas, poderá entrar em contato com um dos três comitês de ética elencados abaixo: Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, situado à Avenida Antônio Carlos, 6627, Unidade Administrativa II - 2º Andar, Sala: 2005, telefone: (031) 3409-4592 - E-mail: coep@prpq.ufmg.br. Horário de atendimento: 09:00 às 11:00 / 14:00 às 16:00, Universidade Federal de Minas Gerais. O Comitê de Ética da Secretaria de Municipal de Saúde de Belo Horizonte situando-se à Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3ºandar/sala 302 - Padre Eustáquio - Belo Horizonte – MG, CEP: 30.720-000, telefone: 3277-5309. E o Comitê de Ética do Hospital Sofia Feldman, localizado na Rua Antônio Bandeira, nº 1060, Tupi, Belo Horizonte, MG, CEP: 31844-130, telefone (31)3408-2249 ou pelo email lep@sofiafeldman.org.br.

De posse dos esclarecimentos sobre objetivos, riscos e benefícios da pesquisa, eu, _____, RG _____ concordo em participar da pesquisa “Sujeitos loucos e práticas de mobilidade: uma proposta de estudo comparado sobre os Modelos de Atenção em Saúde Mental”, através do acompanhamento de atividades da minha rotina. Consinto também que todos os dados obtidos através desse acompanhamento sejam apresentados e publicados em eventos e artigos científicos. Este documento é emitido em duas vias de igual teor, estas serão assinadas e rubricadas pelo participante da pesquisa e pelo pesquisador, ficando cada um com uma via.

Belo Horizonte, ____ de _____ de _____.

Assinatura do participante
pesquisador responsável

Assinatura do

PESQUISADORAS: Luiza Morena Alves Lopes (31)984829823 e Prof. Dra. Ana Marcela Ardila Pinto.

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (COEP): Avenida Antônio Carlos, 6627, Reitoria- Campus Pampulha- 3409-4592

Anexo III.b – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Participação em
Entrevista Individual

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: Sujeitos loucos e práticas de mobilidade: uma proposta de estudo comparado sobre os Modelos de Atenção em Saúde Mental

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa cujo objetivo é compreender as práticas de mobilidade de alguns usuários da rede de saúde mental de Belo Horizonte em dois momentos: durante sua internação em um hospital psiquiátrico de transição e após sua alta hospitalar. Esta pesquisa está sendo realizada como atividade pelo Curso de Mestrado em Sociologia Urbana do Departamento de Pós-graduação em Sociologia da UFMG. Se você aceitar participar da pesquisa, os procedimentos envolvidos em sua participação serão: participar de uma entrevista em profundidade, individual, conduzida pela pesquisadora. Essa entrevista buscará esclarecer alguns pontos, que porventura tenham ficado confusos na etapa do grupo focal ou pontos que tenham sido pouco explorados por este grupo, mas que tenham relevância para a compreensão do objeto estudado. O tempo previsto para a realização dessa entrevista é de 50 minutos, e poderá ser realizada na Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas - FAFICH da UFMG ou em outro espaço que seja de mais fácil acesso para o entrevistado.

Os dados obtidos serão gravados e transcritos para posterior análise, e mantidos os sigilos dos participantes. Esse material será armazenado, em arquivo, sob os cuidados da pesquisadora Luiza Morena, pelo período de cinco anos, conforme determinação da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Os possíveis riscos decorrentes da participação nessa etapa da pesquisa podem ser desconfortos emocionais ou físicos, pois os participantes irão falar de suas experiências durante o trabalho no hospital. Caso algum participante relate qualquer desconforto ou se a pesquisadora observar o surgimento desse tipo de situação, a coleta de dados será interrompida, o participante será convidado a dizer do seu desconforto e a indicar se prefere deixar de participar da pesquisa ou se quer continuar, podendo optar por finalizar a coleta de dados em outro momento.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou ainda, se desistir de participar e retirar seu consentimento após o início da coleta de dados, não haverá nenhum prejuízo para você. Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos. Caso ocorra alguma intercorrência ou dano, resultante de sua participação na pesquisa, você receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal, sendo inclusive indenizado por esses eventuais danos causados.

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados. A Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte e o Hospital Sofia Feldman não são responsáveis pela autorização para participação na pesquisa de trabalhadores e demais participantes que não estejam vinculados formalmente a essas instituições. Este projeto é de autoria de Luiza Morena Alves Lopes e terá como pesquisador responsável a Prof^aDr^a Ana Marcela Ardila Pinto. Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com a pesquisadora, pelo telefone (31) 984829823, e-mail lumorenaal@gmail.com ou marardila@gmail.com ou, ainda, em caso de dúvidas quanto a questões éticas, poderá entrar em contato com um dos três comitês de ética elencados abaixo: Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, situado à Avenida Antônio Carlos, 6627, Unidade Administrativa II - 2º Andar, Sala: 2005, telefone: (031) 3409- 4592- E-mail:

coep@prpq.ufmg.br Horário de atendimento: 09:00 às 11:00 / 14:00 às 16:00, Universidade Federal de Minas Gerais. O Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte situando-se à Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3ºandar/sala 302 - Padre Eustáquio - Belo Horizonte – MG, CEP: 30.720-000, telefone: 3277-5309. E o Comitê de Ética do Hospital Sofia Feldman, localizado na Rua Antônio Bandeira, nº 1060, Tupi, Belo Horizonte, MG, CEP: 31844-130, telefone (31)3408-2249 ou pelo email lep@sofiafeldman.org.br.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

De posse dos esclarecimentos sobre objetivos, riscos e benefícios da pesquisa, eu, _____, RG _____ concordo em participar da pesquisa “Sujeitos loucos e práticas de mobilidade: uma proposta de estudo comparado sobre os

Modelos de Atenção em Saúde Mental”, através do acompanhamento de atividades da minha rotina. Consinto também que todos os dados obtidos através desse acompanhamento sejam apresentados e publicados em eventos e artigos científicos. Este documento é emitido em duas vias de igual teor, estas serão assinadas e rubricadas pelo participante da pesquisa e pelo pesquisador, ficando cada um com uma via.

Belo Horizonte, ____de _____de ____.

Assinatura do participante
pesquisador responsável

Assinatura do

PESQUISADORAS: Luiza Morena Alves Lopes (31)984829823 e Prof. Dra. Ana Marcela Ardila Pinto.

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (COEP): Avenida Antônio Carlos, 6627, Reitoria- Campus Pampulha- 3409-4592

Anexo III.c – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Observação do Cotidiano

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: Sujeitos loucos e práticas de mobilidade: uma proposta de estudo comparado sobre os Modelos de Atenção em Saúde Mental.

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa cujo objetivo é compreender as práticas de mobilidade de alguns usuários da rede de saúde mental de Belo Horizonte em dois momentos: durante sua internação em um hospital psiquiátrico de transição e após sua alta hospitalar. Esta pesquisa está sendo realizada como atividade pelo Curso de Mestrado em Sociologia Urbana do Departamento de Pós-graduação em Sociologia da UFMG. Se você aceitar participar da pesquisa, os procedimentos envolvidos em sua participação são: permitir que a pesquisadora Luiza Morena Alves Lopes acompanhe algumas atividades de sua rotina, tais como, idas à padaria, supermercado ou outros espaços, deslocamentos pela cidade usando diferentes meios de transporte (ônibus, táxi, à pé), idas a serviços de saúde e algumas rotinas da vida no próprio SRT, como refeições, convivência com demais moradores, limpeza dos espaços da casa, momentos de lazer, entre outras. Esse acompanhamento buscará compreender as suas práticas de mobilidade nesse novo espaço, em comparação com as práticas que eram exercidas durante sua internação no Hospital Sofia Feldman.

Os agendamentos para esse acompanhamento serão organizados a partir da sua disponibilidade e em acordo com a supervisora do SRT, respeitando tanto a sua disponibilidade como a dos outros moradores da casa. O tempo previsto para a realização dessa etapa é de 2 meses, sendo o tempo dos acompanhamentos ajustados de acordo com as atividades a serem observadas, mas também de acordo com as peculiaridades de cada casa. A pesquisadora pretende realizar duas visitas semanais, durante esse tempo de dois meses. O agendamento dessas visitas será acordado com o usuário acompanhado e com a supervisora, prezando pelo bem estar de todos os moradores da SRT em questão.

Os dados obtidos serão gravados e transcritos para posterior análise, e mantidos os sigilos dos participantes. Esse material será armazenado, em arquivo, sob os cuidados da pesquisadora Luiza Morena, pelo período de cinco anos, conforme determinação da

resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Os possíveis riscos decorrentes da participação nessa etapa da pesquisa podem ser desconfortos emocionais ou físicos, pois os participantes irão falar de suas experiências durante o trabalho no hospital. Caso algum participante relate qualquer desconforto ou se a pesquisadora observar o surgimento desse tipo de situação, a coleta de dados será interrompida, o participante será convidado a dizer do seu desconforto e a indicar se prefere deixar de participar da pesquisa ou se quer continuar, podendo optar por finalizar a coleta de dados em outro momento.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou ainda, se desistir de participar e retirar seu consentimento após o início da coleta de dados, não haverá nenhum prejuízo para você. Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos. Caso ocorra alguma intercorrência ou dano, resultante de sua participação na pesquisa, você receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal, sendo inclusive indenizado por esses eventuais danos causados.

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados. A Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte e o Hospital Sofia Feldman não são responsáveis pela autorização para participação na pesquisa de trabalhadores e demais participantes que não estejam vinculados formalmente a essas instituições. Este projeto é de autoria de Luiza Morena Alves Lopes e terá como pesquisador responsável a Prof^ªDr^a Ana Marcela Ardila Pinto. Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com a pesquisadora, pelo telefone (31) 984829823, e-mail lumorenaal@gmail.com ou marardila@gmail.com, ou, ainda, em caso de dúvidas quanto a questões éticas, poderá entrar em contato com um dos três comitês de ética elencados abaixo: Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, situado à Avenida Antônio Carlos, 6627, Unidade Administrativa II - 2º Andar, Sala: 2005, telefone: (031) 3409-4592 - E-mail: coep@prpq.ufmg.br. Horário de atendimento: 09:00 às 11:00 / 14:00 às 16:00, Universidade Federal de Minas Gerais. O Comitê de Ética da Secretaria de Municipal de Saúde de Belo Horizonte situando-se à Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3ºandar/sala 302 - Padre Eustáquio - Belo Horizonte – MG, CEP: 30.720-000, telefone: 3277-5309. E o Comitê de Ética do Hospital Sofia Feldman, localizado na Rua

Antônio Bandeira, nº 1060, Tupi, Belo Horizonte, MG, CEP: 31844-130, telefone (31)3408-2249 ou pelo email lep@sofiinfeldman.org.br.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

De posse dos esclarecimentos sobre objetivos, riscos e benefícios da pesquisa, eu, _____, RG _____ concordo em participar da pesquisa “Sujeitos loucos e práticas de mobilidade: uma proposta de estudo comparado sobre os Modelos de Atenção em Saúde Mental”, através do acompanhamento de atividades da minha rotina. Consinto também que todos os dados obtidos através desse acompanhamento sejam apresentados e publicados em eventos e artigos científicos. Este documento é emitido em duas vias de igual teor, estas serão assinadas e rubricadas pelo participante da pesquisa e pelo pesquisador, ficando cada um com uma via.

Belo Horizonte, ____ de _____ de _____.

Assinatura do participante
pesquisador responsável

Assinatura do

PESQUISADORAS: Luiza Morena Alves Lopes (31)984829823 e Prof. Dra. Ana Marcela Ardila Pinto.

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (COEP): Avenida Antônio Carlos, 6627, Reitoria- Campus Pampulha- 3409-4592