

RENATO FERREIRA FRANCO

**HABITAR A CIDADE: A (RE)CONSTRUÇÃO DE ESPAÇOS
DE HABITAÇÃO PARA EX-INTERNOS DE UM HOSPITAL
PSIQUIÁTRICO E SUA IMPORTÂNCIA PARA A
PRODUÇÃO DE SUBJETIVIDADE.**

Tese apresentada ao programa e Pós-Graduação de Psicologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Psicologia.

ORIENTADOR: CORNELIS JOHANNES VAN STRALEN.

Belo Horizonte

Dezembro de 2012

150 Franco, Renato Ferreira
F825 h Habitar a cidade [manuscrito] : a (re)construção de espaços de habitação
2012 para ex-internos de um hospital psiquiátrico e sua importância para a produção
De subjetividade / Renato Ferreira Franco.-2012.

165 f.

Orientador : Cornelis Johannes van Stralen

Tese (doutorado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de
Filosofia e Ciências.

.1. Psicologia - Teses. 2. Psicologia social – Teses. 3. Subjetividade – Teses
I. Stralen, Cornelis J. van. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade
de Filosofia. III. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

DECLARAÇÃO

DECLARO, para os devidos fins, que o aluno Renato Ferreira Franco defendeu, em 07 de dezembro de 2012 a Tese intitulada *"HABITAR A CIDADE: A (RE) CONSTRUÇÃO DE ESPAÇOS DE HABITAÇÃO POR EX-INTERNOS DE UM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO E A SUA IMPORTÂNCIA PARA A PRODUÇÃO DE SUBJETIVIDADE."*, perante a Banca Examinadora composta pelos seguintes membros professores: Dr. Cornelis Johannes van Stralen (orientador), Dra. Maria Stella Brandão Goullart, Dr. Paulo Duarte de Carvalho Amarante, Dr. João Leite Ferreira Neto e Dr. Cássio Eduardo Hissa, concluindo o Curso de Doutorado em Psicologia da UFMG.

Belo Horizonte, 07 de dezembro de 2012.

A handwritten signature in black ink, appearing to read "M. Teodoro".

Prof. Dr. Mayceon Leôni Martins Teodoro

Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Psicologia



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

A Tese "**HABITAR A CIDADE: A (RE) CONSTRUÇÃO DE ESPAÇOS DE HABITAÇÃO POR EX-INTERNOS DE UM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO E A SUA IMPORTÂNCIA PARA A PRODUÇÃO DE SUBJETIVIDADE.**"

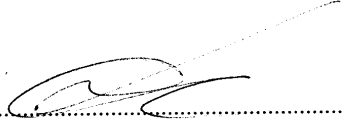
elaborada por **Renato Ferreira Franco**

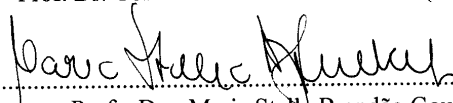
e aprovada por todos os membros da Banca Examinadora, foi aceita pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de

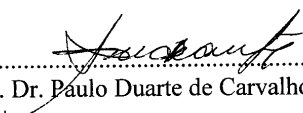
DOUTOR EM PSICOLOGIA

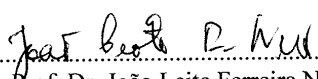
Belo Horizonte, 07 de dezembro de 2012.

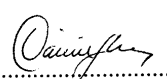
BANCA EXAMINADORA


.....
Prof. Dr. Cornelis Johannes van Stralen (orientador)


.....
Profa. Dra. Maria Stella Brandão Goullart


.....
Profa. Dr. Paulo Duarte de Carvalho Amarante


.....
Prof. Dr. João Leite Ferreira Neto


.....
Prof. Dr. Cássio Eduardo Hissa

DEDICATÓRIA.

Ao Fabrício, pelo incentivo, companheirismo e presença constante.

Ao meu irmão, Marcelo, meu grande companheiro de toda vida.

Aos moradores dos Serviços Residenciais Terapêuticos que permitiram minha presença em suas casas e em suas vidas.

À minha mãe, minha maior incentivadora, que semeou em mim a curiosidade por tudo que é humano.

Ao meu pai, irmão, cunhadas e sobrinhos com quem pude construir um incrível porto seguro.

AGRADECIMENTO.

Ao Professor Cornelis van Stralen, que mais uma vez me permitiu continuar questionando minhas práticas em Saúde Mental.

Aos meus colegas, Cássia e Robson (Robinho), pelo apoio, amizade e pelas constantes interlocuções que fizeram deste trabalho uma construção menos árdua.

Ao amigo Renato Diniz, com quem eu construí uma enorme fortaleza onde habita nossa grande amizade, pela grande ajuda e incentivo.

A Cláudia Generoso e Cláudia Penido com quem eu posso sempre contar quando os pilares da minha habitação estão abalados.

A Cristina Bechelany e Ana Paula por morarem na minha vida.

Aos colegas e amigos da Secretaria Municipal de Saúde, Flávia, Rose, Miriam, Érika, Valéria, cuidadores dos SRT's e toda a equipe de desinstitucionalização pela ajuda na execução deste trabalho.

RESUMO.

Este trabalho tem como objetivo analisar a importância do espaço de habitação para a produção de subjetividade, centrado na noção de cuidado de si. Para tanto, este estudo foi realizado acompanhando um grupo de moradores de um hospital psiquiátrico em dois momentos diferentes: o primeiro, durante o seu processo de desinstitucionalização; e o segundo, quando parte deste grupo já residia em Serviços Residenciais Terapêuticos. Esta é uma pesquisa qualitativa baseada nos estudos da Etnografia e na Antropologia Interpretativa. Chegou-se à conclusão de que o espaço tem grande importância para a subjetividade, mas é o espaço de habitação aquele que mais influência tem para a produção de subjetividade. No que concerne ao espaço de habitação, ele só deve ser entendido assim quando o sujeito, através de uma participação ativa em sua construção, apropria-se dele e o usa como referencial para explorar a cidade. A ação de explorar a cidade é um campo fértil para a produção de subjetividade e para a conquista da cidadania.

Palavras-chaves: Espaço; subjetividade, desinstitucionalização; residências terapêuticas.

ABSTRACT

SPACE AND SUBJECTIVITY: A (RE) CONSTRUCTION OF HOUSES IN THE CITY FOR FORMER PSYCHIATRIC HOSPITAL OF AN INTERNAL AND THEIR IMPORTANCE FOR THE PRODUCTION OF SUBJECTIVITY.

This study aims to analyze the importance of living space for the production of subjectivity. Therefore, this study was accompanying a group of residents of a psychiatric hospital on two occasions: first, during the process of deinstitutionalization and the second time when this group already living in therapeutic residential services. This is a qualitative research based on studies of Ethnography and Interpretive Anthropology. Reached the conclusion that the space is very important for subjectivity, but the living space is one that has more influence for the production of subjectivity. As concerns the living space, it should only be understood well when the subject through an active participation in its construction, appropriates it and uses it as a reference for exploring the city. The action to explore the city is fertile ground for the production of subjectivities and the achievement of citizenship.

Keywords: Space, subjectivity, de-institutionalization; therapeutic homes

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS.

AIH – Autorização de Internação Hospitalar.

AVD – Atividade de Vida Diária.

BH – Belo Horizonte.

BPC/LOAS – Benefício de Pensão Continuada/ Lei Orgânica de Assistência Social.

CERSAM – Centro de Referência em Saúde Mental.

CID – Código Internacional de Doenças.

EJA – Ensino de Jovens e Adultos.

GM – Gabinete do Ministro.

MP – Ministério Público.

IPP – Instituto Phillippe Pinel.

PSF – Programa de Saúde da Família.

PTI – Projeto Terapêutico Individual.

PVC – Programa De Volta Para Casa.

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

SMSA – Secretaria Municipal de Saúde.

SRT – Serviço Residencial Terapêutico.

SUS – Sistema Único de Saúde.

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1. INTRODUÇÃO	12
CAPÍTULO 2. O SENTIDO DO ESPAÇO.....	18
2.1 ESPAÇO NA CONCEPÇÃO DA FÍSICA	18
2.2 O ESPAÇO COMO ELEMENTO SUBJETIVO DA VIVÊNCIA HUMANA.....	20
<i>2.2.1 Espaço na Fenomenologia de Karl Jaspers.</i>	<i>20</i>
<i>2.2.2 Espaço na Fenomenologia de Martin Heidegger: construir e habitar o espaço e sua relação com o cuidado de si e a autocompreensão.</i>	<i>22</i>
<i>2.2.3 O cuidado de si na construção da casa e sua importância para se habitar a cidade: relacionando as perspectivas de Bachelard e Bollnow.</i>	<i>30</i>
2.3 O ESPAÇO PARA LEFEBVRE: HABITAR A CIDADE.....	40
2.4 O ESPAÇO PARA MILTON SANTOS: HABITAR O TERRITÓRIO	45
CAPÍTULO 3. A RELAÇÃO ESPAÇO-SUBJETIVIDADE E SUA IMPORTÂNCIA PARA A NOÇÃO DE CUIDADOS DE SI.....	48
3.1 HABITAR A CASA E A CIDADE E PRODUZIR SUBJETIVIDADE.....	61
CAPÍTULO 4. DESINSTITUCIONALIZAÇÃO PSIQUIÁTRICA: CUIDAR DA (RE)CONSTRUÇÃO DE ESPAÇOS DE HABITAÇÃO PARA POSSIBILITAR A PRODUÇÃO DE SUBJETIVIDADE.....	67
4.1 A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO PSIQUIÁTRICA.....	67
4.2 OS SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS (SRT'S): (RE)CONSTRUINDO ESPAÇOS DE MORADIA PARA EX-INTERNOS DE HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS.....	73
4.3 OS SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS E SUA REALIDADE EM BELO HORIZONTE.....	84
CAPÍTULO 5. METODOLOGIA	86
5.1 OBJETIVO.....	87
5.2 O MÉTODO.....	87
5.2 SUJEITOS DA PESQUISA.....	93
5.3 LOCAL DA COLETA DE DADOS.....	95
<i>5.3.1 O hospital psiquiátrico.</i>	<i>95</i>
<i>5.3.2 O serviço residencial terapêutico.</i>	<i>97</i>
5.4 INSTRUMENTOS DE COLETA E ANÁLISE DE DADOS	99
CAPÍTULO 6. ANÁLISE DE DADOS.....	106
6.1 O HOSPITAL É UM ESPAÇO DE HABITAÇÃO?.....	106
6.2 A EXPERIÊNCIA VIVIDA NA EXPECTATIVA DE SAIR DO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO.....	111
6.3 A EXPERIÊNCIA DE (RE)CONHECER O ESPAÇO DA CIDADE.....	118
6.4 A EXPERIÊNCIA DA (RE)CONSTRUÇÃO DE NOVO ESPAÇO DE HABITAÇÃO (CASA).....	120
6.5 BREVES NOTAS SOBRE O RESULTADO DO PROCESSO PARA ALGUNS PACIENTES.....	125

6.6 CONCLUSÃO DA PRIMEIRA FASE DA PESQUISA.....	126
6.7 DA APROPRIAÇÃO DA CASA COMO LOCAL DE REFERÊNCIA.....	128
6.8 HABITAR A CASA E O TERRITÓRIO.....	135
6.9 O COTIDIANO DA CASA.....	138
6.10 O ESPAÇO DO AMOR E DA MORTE.....	140
6.11 CONCLUSÃO DA SEGUNDA FASE DA PESQUISA.....	143
CAPÍTULO 7. CONCLUSÃO GERAL	145
REFERÊNCIAS	149
ANEXOS	158
ANEXO A	158
ANEXO B	159
ANEXO C	160
ANEXO F.....	163
ANEXO G	164
ANEXO H.....	165

Capítulo 1. Introdução

Em 2007, juntamente com o Ministério Público de Minas Gerais e seguindo a política de desinstitucionalização psiquiátrica do município de Belo Horizonte, a Secretaria Municipal da capital mineira tomou a decisão de descredenciar do Sistema Único de Saúde (SUS) um grande hospital psiquiátrico situado nessa cidade. Essa decisão foi baseada em denúncias feitas por vizinhos da clínica, através da imprensa escrita, e por sucessivas auditorias feitas pela SMSA/SUS-BH devido a irregularidades no atendimento feito aos pacientes hospitalizados ali há vários anos.

Como psiquiatra supervisor hospitalar da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA/SUS-BH) ¹, minha atuação se fez muito ativa nesse processo, e tive a oportunidade de acompanhar todo o processo de desinstitucionalização, que começou, então, naquele hospital psiquiátrico.

Nesse processo de desinstitucionalização, eu participei de uma equipe de 15 profissionais da saúde mental encarregada de acompanhar um número determinado de pacientes que seriam transferidos para os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT's) ou retornariam para a casa de seus familiares. Assim, acompanhei um grupo de moradores crônicos de hospital psiquiátrico com o intuito de formular um projeto terapêutico que tinha como foco principal construir novos espaços de habitações para essas pessoas localizadas no tecido urbano.

Segundo Saraceno (2001), a problemática “moradia” para os portadores de transtornos mentais atravessa toda a história da loucura e permanece como uma questão na atualidade para todos aqueles que trabalham na reforma psiquiátrica e no campo da saúde

¹Cargo que requer, além de fiscalizar e liberar as autorizações de internações hospitalares, avaliar as condições dos serviços prestados ao Sistema Único de Saúde (SUS) pelos hospitais contratados por ele.

mental. Ainda para esse autor, as experiências anti-institucionais realizadas no campo da Psiquiatria evoluíram no campo da prática da Saúde Mental, enriquecidas com as reflexões teóricas do campo da Filosofia, Psicologia e Sociologia, trazendo questionamentos sobre a eficácia transformadora de novas ações na vida dos pacientes.

Segundo Torres e Amarante (2001), a desconstrução do manicômio trouxe duas contribuições para o campo da psiquiatria: a primeira, de que a prática clínica desta área de conhecimento passa a ser feita em novos espaços, fora do hospital; e o entendimento de que o sujeito deixa de ser dado e passa a ser algo produzido.

Guiado por essas afirmações, durante esse processo de desinstitucionalização, surgiu-me algumas questões relevante: qual o efeito do desmanche do espaço manicomial sobre a vida de pacientes há tantos anos institucionalizados? Qual o efeito da criação de novos espaços de habitação para a subjetividade desses sujeitos?

Sabemos que, desde a década de 1970, a desinstitucionalização passou a fazer parte do discurso da Reforma Psiquiátrica Brasileira, tendo como uma de suas propostas o resgate da cidadania de pessoas que passaram uma longa parte de suas vidas internadas dentro de um hospital psiquiátrico. Tal processo, na verdade, tem se orientado em dois eixos de ação e dois problemas a solucionar: a reinserção no trabalho e a reconstrução de espaços de moradia.

Apesar de compreender a importância da reinserção social feita através da inserção no mercado de trabalho, este estudo se orienta pela segunda problemática. Nesse sentido, o processo de desinstitucionalização se vê diante de uma demanda fundamental do sujeito a ser desinstitucionalizado: a (re)construção de sua moradia. Para alcançar sua cidadania, é fundamental que o ex-interno tenha uma casa, fora do hospital, um espaço que possa abrigá-lo e possibilitar a sua inserção na cidade e na vida pública, e que possa, acima de tudo, dar-lhe condições para reinventar sua vida.

Assim, o objetivo principal deste estudo é analisar a importância do espaço de habitação na cidade para a produção de subjetividade para ex-internos de hospitais psiquiátricos. Entendemos que a articulação dos conceitos de espaço e subjetividade pode ser feita através de diversas lentes teóricas. Porém, este estudo terá como fio condutor a noção de cuidado de si, a partir das discussões feitas por Heidegger e Foucault. Os cuidados de si são exercícios e práticas cotidianas que os sujeitos tem sobre si mesmos e serão discutidos neste trabalho a partir da ocupação do sujeito em construir um lugar no mundo.

Realizado de dezembro de 2007 a julho de 2012, o trabalho foi dividido em dois tempos diferentes. O primeiro tempo (entendido como o período do processo de transição da saída do espaço de moradia hospitalar para o espaço de moradia de um Serviço Residencial Terapêutico) durou um ano, de dezembro de 2007 a dezembro de 2008. O segundo tempo teve o Serviço Residencial Terapêutico (SRT) como palco de seu desenvolvimento.

Seria relevante lembrar a intervenção em um grande hospital psiquiátrico que aconteceu no Brasil, em Santos-SP, na Casa de Saúde Anchieta, tendo como principal objetivo a recuperação e a afirmação da cidadania dos pacientes, buscando interferir e modificar a visão da sociedade sobre a loucura e o seu lugar no espaço da cidade. Durante esse processo, houve a proposta da criação de espaços alternativos (serviços extra-hospitalares) de “crescimento individual”, e a inserção do paciente como qualquer outro cidadão em sociedade. O valor maior que conduziu a experiência em Santos foi a liberdade para o portador de transtorno mental experimentar o cotidiano das cidades (Nicácio, 1994).

A primeira experiência de construção de espaços de habitação, resultante da desinstitucionalização psiquiátrica propriamente dita, ocorreu em maio de 1990, no município de Campinas, no Hospital Dr. Cândido Ferreira. Naquele ano, foi assinado um

convênio de cogestão entre a Prefeitura de Campinas e o Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, na época com 193 pacientes internados (Campos & Guarrido, 2006; Matias & Annunziato, 2001). Outra importante experiência com as mesmas características ocorreu em Ribeirão Preto, também na década de 1990 (Guimarães & Saeki, 2001).

Wachs, Jardim, Paulon & Resende (2010), ao relatarem um processo de desinstitucionalização psiquiátrica acontecido em Porto Alegre, entenderam que essa experiência se dirigiu para a construção de territórios subjetivos, com a marca da subjetividade. Esse tipo de experiência não marca apenas a mudança de espaço, mas nos permite pensar sobre a ressignificação da posição subjetiva do ex-interno frente ao novo espaço. Os autores relataram também que esse processo transitório é fundamental para o entendimento de que o novo espaço de habitação não poderá ter as características das instituições totalizantes, estando a superação desse paradigma configurada na criação e consolidação de novos paradigmas de cuidado, centrados na negação da tutela do manicômio, na oposição do entendimento do portador de transtorno mental como um sujeito incapaz, além de se fundamentar no entendimento do sujeito como protagonista de sua própria vida e com liberdade para transitar em novos territórios.

Podemos descrever alguns pontos em comum nessas experiências: primeiro, o propósito de romper com a exclusividade das internações e fortalecer o tratamento extra-hospitalar; segundo, possibilitar a desvinculação do paciente com o hospital; terceiro, buscar o resgate do cidadão, responsável por si, com direitos e deveres civis garantidos; quarto, a construção de novas moradias para os ex-internos; e, finalmente, a vinculação do ex-interno ao território da cidade. Além disso, notamos que nos projetos de desinstitucionalização das cidades de Ribeirão Preto e Campinas existe a preocupação de uma proposta em que se valoriza não apenas a vivência no cotidiano da casa, mas também a experiência na rua, sendo esta compreendida como o local para se fazer contatos sociais

e reconstruir laços sociais perdidos. Transitar pela rua seria um “correr risco necessário” e o habitar uma casa, a “convivência tranquila e segura”. Assim, é na perspectiva dessa relação que se abrem os domínios da cidadania (Guimarães & Saeki, 2001).

Saraceno (2001) afirma: “É impressionante pensar na enorme massa de escritos que a psiquiatria produz em torno dos temas mais bizarros, irrelevantes, e quão demasiado pouco se sabe das práticas de transformação e de desinstitucionalização dos espaços psiquiátricos” (p. 117). Assim, esta pesquisa é uma tentativa de se ter algum entendimento das práticas de desconstrução do aparato manicomial e está direcionada a todos aqueles que se interessam pelo trabalho da reinserção de ex-internos de hospitais psiquiátricos na cidade, bem como pela construção de projetos de vidas que implicam a abertura de espaços de encontros com o outro (família, amigos, mídia, cultura) para se possibilitar a promoção de **cuidados** e, conseqüentemente, a produção de subjetividade.

Este estudo está estruturado em sete capítulos. As possibilidades de análises voltadas para o tema espaço/subjetividade são diversas, mas este estudo se direciona, primeiramente, no capítulo 2, para o entendimento do conceito de espaço para Física, através dos estudos de Newton e Leibniz que têm a finalidade de compreender como os homens tentam formular a noção de espaço como uma referência para a existência humana. Posteriormente, ainda neste capítulo, através de filósofos ligados à fenomenologia (Jaspers, Heidegger e Bachelar) e à arquitetura (Bollnow), busca-se a compreensão de que não é o espaço absoluto da Física que interessa ao meu estudo e sim, o espaço entendido como habitação para se fazer uma interlocução possível com a noção de cuidado, tão importante para a teoria da produção de subjetividade. Ainda no capítulo 2, o estudo de Lefebvre (1974, 2001) irá sustentar o entendimento da cidade como espaço de ação do homem e exaltar o direito à participação e à apropriação de seus espaços por seus moradores. Santos (2000, 2006), também citado nesse capítulo, será importante para o

entendimento de que o espaço a ser apropriado pelo cidadão é o território simbólico das cidades, o que abre possibilidades para a prática de cuidados, bem como para a cidadania.

No capítulo 3, primeiramente, tendo como fio condutor a linha temporal, será explorada a discussão da importância do espaço para a subjetividade através de alguns estudiosos desse tema. Posteriormente, apontar-se-á que a noção de promoção de cuidados desenvolvida por Michel Foucault, tão importante para a teoria de produção de subjetividade, é que fará melhor conexão com o conceito de espaço de habitação.

No capítulo 4, aponta-se que foi a concepção de desinstitucionalização psiquiátrica proposta pelos teóricos da Reforma Psiquiátrica Italiana que guiou nosso trabalho na primeira parte da pesquisa e argumenta-se que foi ela que trouxe contribuições favoráveis para uma prática em saúde mental dirigida à produção de subjetividade, na medida em que se construíram instâncias clínicas, fora do hospital psiquiátrico, para a assistência ao portador de transtorno mental. O Serviço Residencial Terapêutico é fruto desta política e é o dispositivo que mais favorece a análise da relação espaço-subjetividade.

O capítulo 5 descreve a escolha do método qualitativo, observação participante, bem como a caracterização de seus sujeitos, do campo, instrumentos de coleta de dados.

Por fim, no capítulo 6, são apresentadas as análises dos dados e, no capítulo 7, procura-se integrar todo material discutido ao longo da tese para apontar as conclusões.

Capítulo 2. O sentido do Espaço

Primeiramente, este capítulo tem como foco analisar o entendimento do conceito de espaço constituído pela Física, pois toda a noção que temos de espaço passa necessariamente pelas concepções formuladas por esse campo de conhecimento. Seria impossível delimitar qual espaço a ser estudado nesta pesquisa sem antes entender a noção que essa Ciência Natural nos traz a respeito dele. Logo depois, estudarei algumas concepções filosóficas de espaço para, assim, ressaltar a importância do espaço de habitação para a produção de subjetividade.

2.1 Espaço na concepção da Física

Espaço, tempo e matéria penetram o conhecimento humano desde a era mais primitiva. O ser humano percebia o tempo e as modificações que ocorriam em seu espaço habitado por meio da observação e de sua interação com o meio ambiente. Gregos, babilônios e egípcios, durante séculos, já observavam o cosmo para entender as estações do plantio e da coleta, do momento do descanso e do trabalho, da época da festa e da reza (Blainey, 2011). O tempo era a medida do movimento e da (re)criação no espaço. Porém, a noção de espaço pode ter sido percebida pelo ser humano antes mesmo da noção de tempo (Bissio, 2008).

Várias ciências estudam o conceito de espaço e de tempo, o que confirma a complexidade do assunto. Nos séculos XVI e XVII, por exemplo, com o avanço das descobertas feitas pelo homem, sobretudo com o desenvolvimento do relógio e das lentes (telescópio), aconteceram grandes mudanças na percepção do ser humano em relação ao espaço e ao tempo (Blainey, 2011). A nova noção do cosmo, que surgiu entre os anos de

1500 e 1700, produziu uma concepção de universo mecânico, funcionando como uma máquina, que veio substituir a antiga ideia de um universo orgânico e espiritual. Essa mudança de paradigma foi propiciada por grandes transformações ocorridas na Física e na Astronomia, principalmente com Copérnico, Galileu e Newton.

A compreensão do espaço produzido pela Física é, na verdade, a base de qualquer tentativa de compreensão ou denominação que se possa dar ao espaço na concepção da Biologia, das Ciências Humanas e da Filosofia. Portanto, seria esclarecedor começar o estudo sobre o conceito de espaço pelos estudos de Isaac Newton.

Em seus estudos, que chamou de *Principia mathematica*, Newton relatou que o tempo absoluto (matemático) flui uniformemente, e o espaço permanece sempre similar e imóvel. Dentro das concepções religiosas da época, a teoria newtoniana entende que o espaço e o tempo são criação de Deus. Ele comparou a onipresença do espaço com a onipresença de Deus. Nesse sentido, o espaço é o palco da totalidade, onde ocorrem todos os fenômenos e coisas e, por isso, ele é o ponto de referência ou “o referencial” para o ser humano. Apesar de Newton não identificar o espaço como um órgão de Deus, ele entendia que o espaço tem uma existência própria e independe dos corpos (que estão contidos nele). Em sua teoria, segundo Sklar (1992), Newton faz a caracterização do espaço como um fenômeno absoluto e tridimensional. E, como o tempo, não tem outro lugar a não ser ele mesmo, sendo tanto um quanto o outro o lugar de todas as coisas.

Newton entendia, assim, que o espaço e o tempo produzem-se fora do ser humano, são independentes dele e têm uma realidade objetiva plena. Ele apresentou um modelo teórico, resultado de um longo processo histórico, no qual o espaço é um grande recipiente desprovido de coisas e de fenômenos, tridimensional, estático e infinito. Apesar de não variar com o tempo, o espaço absoluto newtoniano está intimamente relacionado a ele (Sklar,1992).

Na verdade, mesmo antes do século XVII os homens tentam formular neles mesmos a noção de espaço. Interessante também ver que essa noção se faz, através da Física, como uma referência para a existência do homem e semeou a discussão que se apresentou posteriormente sobre o espaço ser um elemento da experiência e vivência subjetiva.

2.2 O Espaço Como Elemento Subjetivo da Vivência Humana

2.2.1 Espaço na Fenomenologia de Karl Jaspers.

No campo da Filosofia, foi a corrente de pensamento da Fenomenologia que também se interessou pelo estudo do espaço e sua relação com o ser humano. No início do século XX, a Fenomenologia de Karl Jasper (1987), ainda influenciada pela discussão entre Newton e Leibniz, desvincula o tempo e o espaço da realidade material, vinculando-os à constituição subjetiva da consciência, ou seja, da consciência de vivência do tempo e do espaço. Em seu livro “Psicopatologia geral” de 1913, Jaspers relata que o espaço e o tempo necessitam de esclarecimento conceitual para distingui-los como fenômenos subjetivos, sendo passíveis de descrevê-los e nomeá-los, transformando-os em conhecimento sistematizável. Essa seria a composição da psicopatologia descritiva ou fenomenológica, que inclui o espaço e o tempo como fenômenos que seriam qualidades essenciais na estrutura das vivências, tanto normais quanto patológicas.

Para a fenomenologia jasperiana, o espaço e o tempo são fenômenos universais e sempre presentes na sensibilidade, sendo que nenhuma sensação, nenhum objeto sensível, nenhuma representação se fazem existentes sem a presença deles. Com o espaço e o tempo, pode-se realizar a interiorização do mundo. Eles estão intimamente ligados, não

sendo percebidos como os outros objetos. Apenas os percebemos quando ocupados por alguma coisa ou por nós mesmos. Quando vazios, espaço e tempo possuem um traço comum de natureza quantitativa em termos de dimensões, continuidade ou infinitude. Ao serem preenchidos, espaço e tempo se tornam de natureza qualitativa, passando a ser percebidos pelo indivíduo e se tornando algo a ser estudado e compreendido.

Embora um pertença ao outro, espaço e tempo são radicalmente diferentes entre si e na vivência interna, sendo possível abandonar o espaço, mas não o tempo, que ficará sempre presente. Para Jasper, o tempo e o espaço não são um ser absoluto na vivência. São a roupagem, cuja significação só adquire importância em si enquanto vivência subjetiva.

Sobre o espaço, a fenomenologia jasperiana informa que devemos distingui-lo de três maneiras: a primeira seria o **espaço natural**, tal como é percebido, segundo a orientação atual, tendo o nosso corpo como centro, vendo-o de cima para baixo, da direita para a esquerda, perto ou distante. O espaço é apreendido por meio dos movimentos, do toque e pelo olhar que nos oferece a real posição do nosso corpo. Em segundo lugar, estaria o **espaço perceptível** do mundo tridimensional no qual nos movimentamos, levando conosco o espaço imediato de orientação natural de nosso corpo. E, finalmente, o **saber do espaço**, sem relação com o espaço euclidiano (tridimensional), mas relativo a uma construção ideal, ou seja, existente mais no mundo das ideias.

O espaço perceptível descrito por Jaspers também pode ser chamado de **espaço humoral** que, mesmo tendo limites imprecisos, tem sua existência ligada à percepção subjetiva. Seria um espaço suscetível às influências de natureza social, cultural e interpessoal.

Em diversas situações do cotidiano, pessoas de diferentes classes sociais ou culturais podem coabitar num mesmo recinto (espaço) geográfico, sem, contudo, estarem próximas pessoalmente. Nessas situações, demasiadamente comuns, apesar de todos

participarem do mesmo espaço, as distâncias do mesmo ambiente, as distâncias sociais não são esquecidas. A violação das leis sociais, conseqüentemente, constitui a invasão do espaço ou intrusão nas fronteiras do eu individual. (Ballone, 2005. p. 1).

A obra de Karl Jaspers foi influenciada pelo pensamento de Husserl e pela Psicologia Compreensiva, tendo grande influência na Psiquiatria e nas ciências da saúde por ser uma disciplina voltada tanto para a explicação causal dos fenômenos quanto para a compreensão das vivências subjetivas. O que seria relevante anotar aqui sobre Karl Jaspers é que ele foi um dos mais atentos e interessados analistas da relação do homem com o espaço e, além disso, ele apontou a importância do espaço como uma realidade a ser estudada subjetivamente (Perdigão, 2001), principalmente na apresentação de alterações psíquicas (sintomas) presentes nas doenças mentais. Porém, não há qualquer menção em seus estudos sobre a noção de cuidados de si. Assim, se faz interessante buscar em alguns outros estudiosos da Fenomenologia a relação do espaço/subjetividade através da noção de cuidados de si.

2.2.2 Espaço na Fenomenologia de Martin Heidegger: construir e habitar o espaço e sua relação com o cuidado de si e a autocompreensão.

Para Martin Heidegger (2011)² (Perdigão, 2001), existe um fenômeno de unidade que, de certa forma, designa a relação íntima do sujeito com o espaço: “*ser-no-mundo*” (*dasein*). O *ser-no-mundo* tem a característica de ser indivisível. Não podemos designá-lo como um ser dentro do outro ou um corpo vivo dentro de algo já dado, constituído. O *ser* em deriva-se do pré-fixo na língua alemã *ninam-*, que significa morar, habitar, pertencer, ou seja, “estou acostumado a, habituado a, familiarizado com, cultivo alguma coisa; possui

² Foram estudadas as análises feitas por Heidegger sobre o espaço, em “Ser e Tempo”, dos parágrafos 1 a 18.

o significado de *colo*, no sentido de *habito e diligo*” (Heidegger, 2011. p.100). Sendo assim, segundo Pádua (2005):

Enquanto facticidade mesma, o *dasein* jamais poderia estabelecer com aquilo que o cerca qualquer relação – espacial, no caso – do tipo continente-contido, ou seja, o *dasein* jamais se encontra dentro ou fora de algum lugar, mas ele mesmo contribui para a configuração de lugares, ele especializa (p. 26).

Heidegger, em virtude de sua ontologia existencial, colocou no centro de todo o seu estudo a questão sobre a temporalidade da existência humana, mas a compreensão de *ser-no-mundo* também possibilita a visão da espacialidade da presença. O *dasein*, por existir, já criou um campo espacial para sua própria ação, ou seja, um lugar dentro desse espaço que o circunda, de onde nunca poderá escapar.

O sentido de pertencimento e de permanência em um lugar está ligado a uma dimensão espacial e ao aspecto mais básico da autocompreensão da existência. Os lugares do mundo aparecem como tais na linguagem: no momento em que falamos do mundo, criamos simultaneamente seus lugares. Assim, falando do mundo, o espaço se entreabre, liberando e concedendo lugares, assumindo sua essência simultânea como espaço-tempo.

A espacialidade em Heidegger, segundo Pádua (2005), refere-se à instância mais originária: o Mundo. Só a partir dessa espacialidade mundana, podem advir lugares ou qualquer tipo de espaço. A palavra “espaço” tem, neste momento, um sentido sempre derivado, isto é, sua compreensão se dá apenas a partir da compreensão da espacialidade fática, que se origina e se revela através da presença do homem no mundo.

O ser só se coloca em algum espaço através do modo de ocupação, que engloba desde o cuidado de si até a capacidade do autoconhecimento. Este espaço de ação não é homogêneo, possuindo uma topologia determinada pela temporalidade inerente à ocupação do *ser-no-mundo*. O lugar de ocupação se constitui a partir das coisas, objetos e

instrumentos que existem no mundo. Assim, a existência do ser necessita de um lugar adequado para o seu acontecer. Cabe ao *ser-no-mundo* abrir espaços, a partir do que está nas mãos, para o desencobrimento do mundo e dos outros entes através de sua própria espacialidade.

Nesse sentido, Pádua (2005) fala que o *dasein* traz para dentro de si o espaço, rompendo a barreira do dentro e fora e reservando para si o seu próprio lugar. Importante ressaltar três observações que Pádua (2005) faz em relação ao lugar heideggeriano: a primeira diz que, quando o ser perde seu sentido, perde junto a sua noção de lugar, o que direciona na formulação de uma identidade inquestionável do ser com o lugar; a segunda diz que o lugar acontece tanto no espaço como no tempo, não existindo um espaço tempo, e sua identidade é compartilhada pelos entes que ali se encontram.

Heidegger convida-nos a pensar sobre o projeto do *ser-no-mundo*, o *modo de ser* dos seres humanos no contexto em que estão imersos espacialmente e abertos às experiências que ocorrem a partir dessa interação, atrelado aos objetos e instrumentos perceptíveis que tornam possível sua existência e dando a esse local um caráter de habitação. As experiências do passado, presente e futuro serão a expressão temporal desse projeto, marcando esse modo de ser. O futuro será sempre a continuidade do passado, o presente será a base de se projetar o passado no futuro, e o passado, aquilo que virá a ser quando o futuro chegar.

A ontologia de Heidegger também nos faz entender que o **cuidado** é o modo de ocupação do ser no mundo, um ato que ele está sempre exercendo sobre sua própria existência e a existência desse mundo, buscando como resultado uma autocompreensão (**conhecer**) que produz ações transformadoras.

O fenômeno do conhecimento está dentro do ser e se realiza a partir das experiências entre o ser e os instrumentos ou ferramentas que possibilitam a sua

sobrevivência. Assim, “ao conhecer o mundo, apresenta um novo estado de ser, no tocante ao mundo já sempre descoberto” (Heidegger, 2011, p.109).

O mundo também é um fenômeno com entes dentro dele, como casas, árvores, montes e estrelas. Mas o que se procura é a experiência da espacialidade da presença do ser, sendo o cerne da questão, na análise fenomenológica de Heidegger, o mundo usado e produzido pelo ser. Ou, melhor dizendo, a obra que resulta quando o ser **se ocupa** de cuidar de si no mundo. Para isso, será necessário usar matérias primas como os metais e vegetais, utilizar animais, além de ferramentas e outros bens produzidos através dos primeiros. A natureza não é algo dado, mas algo que fascina o ser, que se precipita sobre ele e que vem ao seu encontro.

O modo de ocupação não está apenas vinculado àquilo que está à mão, mas também àquilo que falta, que não está à mão. Há também o lidar com aquilo que não tem função. A ocupação do espaço tem em algum instrumento certo manual que lhe dá uma referência e indica os sinais de uma relação entre a sua utilização e o seu modo de ser no mundo. Esta ação mostra ou indica uma relação do ser com o seu modo de ocupar um espaço e tem sua origem ontológica numa referência do ser com os instrumentos. Essa referência de certos instrumentos com o ser é fundamental para o ser ocupar-se de si, cuidar de si e habitar o mundo. A proximidade com os instrumentos também é um elemento catalisador dos sentidos espaciais do ser.

Os primeiros desses instrumentos, os *instrumentos que são referenciais*, mostram a relação do *ser-no-mundo* com a utilização de determinado instrumento. Todo instrumento tem uma funcionalidade que está indicada num determinado “manual” e que caracteriza o modo de ser de sua utilização. Quando os instrumentos são utilizados de forma essencial para nossa existência, eles se tornam “coisas”. A essência da coisa está relacionada, então, com a nossa existência. O modo como o *ser-no-mundo* utiliza a coisa é

o que o distingue dos outros seres e dá a essa coisa uma importância para sua existência.

Heidegger entende que instrumentos como a casa, por exemplo, em nossa época, já têm um caráter formal de utilização tão acentuado que são capazes de caracterizarem o *ser-no-mundo*. A casa, além de ter uma importância na existência do ser como referência, seria também percebida como um *instrumento-sinal*, que tem a capacidade de indicar a orientação do *ser-no-mundo*, pois é a partir dele que o ser se orienta no espaço e entende o que há em torno de si.

Outros instrumentos sem a caracterização de sinal também estão à mão, disponíveis, mas não os utilizamos como um orientador para o *ser-no-mundo*. Alguns desses objetos próximos são impostos, mas não dizem respeito à nossa autocompreensão. Apenas os instrumentos que Heidegger chama de *instrumentos com remissão* têm a capacidade de “reenvios”. Ou seja, a casa, por exemplo, além de ser um instrumento de referência e de sinal e apesar de ser constituída de vários outros instrumentos (como portas, janelas, paredes) que têm funções diferentes, tem, no seu todo, a função de moradia. A partir “desse todo” é que se mostra a moradia, quando pensamos numa casa.

Somente pelo uso que fazemos dos instrumentos é que podemos dizer de sua utilidade; como também, somente pelo habitar a casa, poderemos compreender o significado próprio de cada ser na ação de habitar. O termo *ser-em* é o modo que o *dasein* se preocupa em fazer algo que se direciona para a compreensão de algo. Essa ação de “preocupar” é única de um ser, considerando-se que ele faz algo para sua própria vida e que tem a ver com o cuidado. O sujeito apreende tudo que está à mão, em um determinado espaço, num trabalho cotidiano de cuidar de si. Isso é o que a teoria heideggeriana chama de *ocupar-se*. Existe uma relação muito forte do *ocupar-se* com a forma com que o ser habita o espaço.

Heidegger não pensa num ser isolado, cercado de instrumentos distribuídos pelo

espaço, numa visão dicotômica entre ele e o objeto. Para o autor, existe uma ligação intrínseca entre o ser e o espaço e, conseqüentemente, com os instrumentos, que estrutura ontologicamente a sua presença no mundo (Proença, 2011). Assim, o ser deve conhecer e estar no mundo para se constituir como um *ser-no-mundo*. Isso não significa apenas um puro “estar à mão” (instrumentos disponíveis para sua sobrevivência), mas um conhecimento do “jogo da vida” para se poder habitar. Essa maneira tem para Heidegger a forma de como o ser se evidencia e se abre para o mundo, buscando possibilidades de existir.

Em seu seminário “Construir, Habitar, Pensar” (1951), Heidegger se preocupa com a ação de habitar e construir, sem a preocupação da organização arquitetônica. Ele investiga nessa obra “o que é habitar?” e como o construir faz parte da habitação. Para este autor, só é possível habitar o que se constrói.

Habitar é um traço fundamental da condição humana e revela ao homem, além de sua situação de mortal, o seu modo de ser e estar sobre a terra. Toda ação de habitar é em si um ato de construção. Não habitamos porque construímos. Pelo contrário, construímos à medida que habitamos com a finalidade de um pertencimento. Habitar envolve também preservar-se das ameaças externas, existir em segurança, em paz. Habitar em segurança é habitar em nosso ser.

Habitar também consiste na teoria heideggeriana em ser e estar na terra, entendendo-se que somos mortais e estamos sob o céu e a mercê do divino. Proença (2011) comenta:

Habitar é uma Unidade original, em que o Todo se oferece e se resguarda no ser daquele que habita. A terra na sua potencia de florescer e frutificar é a dádiva e, através dela, compreendemos a ligação aos outros elementos: céu, divino e mortais. A estes quatro elementos Heidegger chama de “quadratura” (p. 24).

Para Heidegger, o habitar consiste numa ação que consiste em salvar a terra, acolher o céu, aguardar o divino e cuidar da própria vida. Eis os quatro traços (quadratura) do habitar que, juntos, integram o resguardar. Enquanto resguarda, o sujeito demora-se junto aos instrumentos (e coisas), visando ao construir uma habitação.

Algumas coisas são construídas pelo homem e têm a função de integrar. Heidegger dá a ponte como exemplo dessa função: “como uma reunião integradora da quadratura (reunião da terra, do céu, do divino e dos homens), a ponte é uma coisa” (Heidegger, 1951, p.6). A ponte, para o filósofo alemão, atravessa as margens do rio, mas é somente em sua travessia que as margens surgem como margens, ou seja, um lado se separa do outro. A ponte permite a travessia ao ser humano e ao rio, o seu caminho em direção ao mar. Ela permite a caminhada do ser na terra e cumpre uma função de reunião integradora. A ponte reúne o céu, a terra, o divino e os homens, sendo uma coisa que recolhe e reúne, numa unidade, as diferenças (Heidegger, 1951).

O lugar não está dado antes da ponte, mas já existiam posições espalhadas pela terra. Porém, é da própria ponte que surgem os lugares. É a partir da ponte que posições situadas ao longo de um rio passam a ser reconhecidas como lugares. A partir dos lugares, novos caminhos se arrumam para dar origem a um espaço. A ponte pode, portanto, propiciar a criação de novos espaços. Coisas como a ponte são, desse modo, lugares que propiciam espaços (Pádua, 2005).

Um lugar é origem ou essência de diferentes espaços. Cada um desses espaços se caracteriza por ser organizado, liberado e integrado aos outros. Recortados, esses espaços configuram-se em diversos lugares, próximos ou distantes da coisa que os originou (coisa-lugar) que originalmente, enquanto lugar, organizou as posições ao seu redor. Ou seja, coisa-lugar, como a ponte, organiza diferentes espaços, contendo em seus interiores diferentes lugares. Os espaços são lugares arrumados que, apesar de terem limites, dão

condições para um início, liberado para uma ocupação, para um povoado.

Os espaços são, para o filósofo alemão, o fruto de uma arrumação, um espaçamento que se originou de um lugar, através de uma coisa, como a ponte. O espaço recebe sua essência dos lugares e não do espaço absoluto ou matemático. Heidegger (1951) assinala que essa relação do homem com o espaço não é dialética:

Quando se fala do homem e do espaço, entende-se que o homem está de um lado e o espaço de outro. O espaço, porém, não é algo que se opõe ao homem. O espaço nem é um objeto exterior e nem uma vivência interior. Não existem homens e, além deles, espaço. Ao se dizer um “homem” e ao se pensar nessa palavra, aquele que é no modo mundano, ou seja, que habita, já se pensa imediatamente no nome “homem”, a demora, na quadratura, junto às coisas (p.7).

Existem coisas que são edificações que, como lugares, propiciam estâncias e circunstâncias, ou seja, o relacionamento do ser com a terra, o céu e o divino. Podemos aqui fazer uma relação da ponte com a casa, pois a casa é uma coisa-lugar que organiza e propicia a origem de novos espaços ao seu redor. Nesse lugar (casa), o ser humano vai demorar a criar sua sobrevivência e buscar entender sua existência. Quando nos relacionamos com as coisas que não se encontram numa proximidade estimável, demoramo-nos junto a elas. O que fazemos não é simplesmente representá-las nas nossas cabeças. Segundo Heidegger (1951), quando pensamos, por exemplo, numa casa, ou sonhamos com ela, estamos junto dela e não, junto a um conteúdo de representação armazenado em nossa consciência. Podemos estar mais junto à casa do que aquele que a arruma e a usa indiferentemente para atravessar seus espaços.

Os seres são mortais que, habitando, têm sobre si espaços em razão de sua demora junto às coisas e aos lugares. Os espaços se abrem a partir de uma coisa tipo ponte ou casa para uma construção que permite a reunião da quadratura e que tem o objetivo de tornar o

sujeito pertencido a algo ou a alguma coisa, habitando e se abrigando (ser-no-mundo). Assim, o sujeito atravessa espaços próximos e longínquos, trazendo-os sempre consigo. “A relação entre o homem e o espaço nada mais é do que um habitar pensado de maneira essencial” (Heidegger, 1951. p. 8).

Quando se pensa em construir com a essência, pensa-se em construir para deixar habitar. Construir pertence ao habitar e vice-versa. Habitar necessita de fixar o pensamento no seu significado para que o construir se torne mais claro. Construir e pensar são indispensáveis ao habitar, mas são insignificantes se cada um se mantiver isolado. Quando o ser se ocupa em construir uma habitação (**cuidado**) no mundo, abrem-se oportunidades para sua autocompreensão (**conhecimento**).

Assim, Heidegger, em *Ser e Tempo* (2011) e em *Construir, Habitar e Pensar* (1951), permite-nos refletir sobre a estreita relação existente entre o ser humano e o espaço com o sentido da existência fundamentado no habitar. Podemos dizer que, nas obras heideggerianas estudadas neste capítulo, o ser habita o que constrói, com a finalidade de ter um abrigo e um lugar de pertencimento. Habitar diz ainda do modo como o ser ocupa o mundo e também revela a forma do cuidado como um ato de buscar a sobrevivência e a autocompreensão.

2.2.3 O cuidado de si na construção da casa e sua importância para se habitar a cidade: relacionando as perspectivas de Bachelard e Bollnow.

Segundo Bachelard (2008), habitar é a forma como nos enraizamos no mundo e casa é o nosso primeiro cosmo, nosso primeiro universo dotado de lembranças afetivas e representações que nos constitui como sujeito. Este filósofo defende que o ponto de partida da imagem que o sujeito faz de si começa pelo espaço habitado. Todo espaço

habitado pelo sujeito traz a essência da noção de casa. O sujeito que abriga a casa a vive como uma realidade e como um sonho. Bachelard (2008) afirma:

Por conseguinte, todos os abrigos, todos os aposentos têm valores oníricos consoantes. Já não é em sua positividade que a casa é verdadeiramente “vívida”, não é somente no momento presente que reconhecemos os seus benefícios. Os verdadeiros bem-estares têm um passado. Todo um passado vem viver, pelo sonho, numa casa nova (p. 25).

Bachelard conceitua a casa como “um corpo de imagens que dão ao homem razões ou ilusões de estabilidade” (Bachelard, 2008. p.36). Como o sujeito incessantemente (re)imagina sua realidade, é importante distinguir todas as imagens, buscando-se revelar, assim, a alma da casa. Isso é o que se entende como uma verdadeira “psicologia da casa”, que começa com a descrição da casa da infância ou da casa natal. Essa casa, que é um exemplo de casa da memória, exerce a função de orientação para todo ser humano e explicita, de alguma forma, a intimidade do sujeito, algo que fala sobre ele. A casa natal está inserida em nós de tal forma que guarda diversas funções que evidenciam o nosso modo de habitar. Além disso, é a nossa referência para a construção de toda casa que habitaremos algum dia.

Quando falamos sobre a casa, estamos exercitando nossa imaginação, nossas lembranças e representações. Para se pôr ordem nessas imagens, continua o autor, devemos compreender que a casa é, primeiramente, imaginada como um ser vertical, que se eleva na nossa consciência de verticalidade. Assim, o teto representaria a proteção e o porão, mesmo sendo a princípio algo sombrio, representaria a sustentação. A verticalidade significa uma polaridade que, para compreendê-la teríamos que fazer o exercício de aproximar a psicanálise e a fenomenologia.

Na medida em que o porão nos faz reviver o medo, seria para o homem, na ameaça

desse sentimento, mais prudente correr para a claridade e segurança do sótão ao invés de enfrentar o obscuro (inconsciente) do porão. A descida que se faz até o porão é caracterizada pelo onirismo. Já a escada que sobe até o quarto é um caminho banal que se faz tranquilamente, às vezes, até pulando os degraus. Porém, a escada até o sótão é mais íngreme, trazendo o signo da ascensão para a mais tranquila solidão. Essa pavimentação da casa em três ambientes revela que, entre as sombras do porão e a claridade solitária do sótão, existe um lugar que é seguro e tranquilo para o homem. Esse lugar se identifica com o aconchego e a intimidade do nosso quarto, com a socialização segura que as salas permitem ou com a ideia de sobrevivência da cozinha.

Seria preciso compreender fenomenologicamente a imagem para lhe dar eficácia psicanalítica. Não seria útil colocar luz elétrica no porão, pois o inconsciente não se civiliza. O psicanalista deve pegar a vela e descer ao porão para não permanecer na superfície das metáforas e comparações. Ao fenomenólogo cabe chegar ao extremo das imagens das sombras formadas pela luz da vela nas paredes do porão, participando da experimentação desse fenômeno. Assim como Heidegger (2011), que afirma que construir e pensar são indispensáveis ao habitar, Bachelard (2008) nos adverte que, num processo de construção de espaços de moradias, aqueles que ali vão morar devem participar ativamente desse trabalho. Mas, para tanto, devemos compreender a casa como uma coisa imaginada como um ser centrado que nos leva a uma consciência de centralidade. Este ato de ocupar-se psicologicamente na construção da casa revela o cuidado no qual o sujeito faz na direção de se enraizar no mundo.

Para se construir um novo espaço de moradia, a atitude fenomenológica aliada à atitude psicanalítica nos aconselha a ouvir, anotar e reler essas anotações para conhecer o problema daquele que já habitou outros lugares e irá habitar um novo espaço. Essa prática da escuta, da escrita, da leitura e releitura nos conduz pouco a pouco à solução do

problema. Bachelard aponta para a necessidade de uma *topoanálise*, ou, nas palavras do autor, “o estudo psicológico sistemático dos locais de nossa vida íntima” (Bachelard, 2008, p. 31).

O segundo momento para se distinguir todas as imagens que colocam ordem numa construção psicológica de uma casa é desvendar as situações sonhadas. Seria como se chegar ao local da intimidade dentro de uma moradia, acessando o centro da memória. Voltamos, assim, à casa natal, à zona de proteção maior, pois, em nossos sonhos, sempre fugimos em pensamento para procurar esse verdadeiro refúgio. O sonho do verdadeiro refúgio revela-se como a raiz axial da função de habitar. Nessa imagem do verdadeiro refúgio, “o passado coloca suas cores particulares” (Bachelard, 2008. p. 50), revelando, assim, entre o devaneio e a realidade, a casa que queremos habitar, aparecendo, então, aquilo que queremos construir: a casa sonhada.

Fazendo esse percurso, a casa do futuro é mais sólida do que as casas do passado. A casa natal está no oposto da casa a ser construída, a casa sonhada. Esta casa pode ser um simples sonho de proprietário, com cômodos vastos, jardins e conforto, um projeto de habitação o mais próximo possível do que realmente queremos para nós. Mas, para Bachelard (2008), é preciso sempre deixar um espaço para o devaneio de habitar:

Então, que belo exercício para a função de habitar é a casa sonhada: é uma viagem de trem! Essa viagem projeta um filme de casas vividas, sonhadas, aceitas, rejeitadas... sem que jamais, como de automóvel, sejamos tentados a parar. Estamos em pleno devaneio, como a salutar impossibilidade de verificar (p. 75).

Há momentos em que queremos morar uma choupana, no chão, e há momentos em que queremos morar num castelo, em cima de um monte, para dominar o horizonte. De um mundo ao outro e de uma morada a outra os sonhos vão e vêm. Bachelard (2008), citando o brasileiro Lúcio Alberto Pinheiro dos Santos, comenta que as duas realidades da

choupana e do castelo nos conduzem a uma ritmanálise da função de habitar, pois ela enquadra a nossa necessidade de retiro e expansão, de simplicidade e de magnificência. Assim é a casa sonhada: matéria prima de uma intimidade do mundo com o sujeito, que se revela quando este cuida de si.

Bollnow (2008) foi outro filósofo que estudou a relação do espaço da casa com o sujeito. Ele buscou dar uma compreensão ao nosso sentido de habitar, introduzindo o termo *espaço vivenciado*. Ao contrário do *espaço vivencial* - que é um termo introduzido para designar o espaço concreto, real e matemático no qual se desenrolam e acontecem nossas vidas - o *espaço vivenciado* deve ser tomado num sentido subjetivo, podendo ser compreendido como a “experiência do espaço” (Bollnow, 2008.p. 16). Ele também se refere a uma espacialidade fundamental para que a vida se desenvolva, sendo um meio de subsistência da vida humana. Ao contrário de Bachelard, Bollnow (2008) não considera o espaço apenas como uma experiência puramente subjetiva, mas concorda com o destaque dado por ele sobre a importância do estudo da relação dos seres humanos com seu espaço de habitação.

Bollnow (2008) também concorda com Heidegger na questão da espacialidade da existência humana. Assim, ele chama a atenção para o fato de que o homem não ocupa apenas um volume com seu corpo, mas, para sobreviver, o homem tem sua vida “necessariamente determinada por sua atitude em relação a um espaço circundante” (Bollnow, 2008, p.20).

A palavra *wandern*, na língua alemã, significa andar, caminhar, peregrinar e constitui, na obra de Bollnow (2008), uma importante reflexão sobre a forma de o homem habitar o mundo: como se fosse um caminho com suas encruzilhadas e desafios. Aquele que caminha segue determinadas orientações, num espaço concreto que se estabelece como eixos verticais e horizontais, direcionando o sujeito para frente ou para trás, para

direita ou para esquerda. Mas o simples ato de caminhar nos revela outro aspecto: olhar o caminho nos oferece a previsão e uma circunspeção que possibilitam ao homem avaliar sua caminhada e seu caminho percorrido, garantindo ao homem um conhecimento sobre sua sobrevivência e, ainda mais, propicia-lhe uma sabedoria para cuidar de si.

Diante de obstáculos, bifurcações ou de caminhos desinteressantes, o homem é a todo instante obrigado a avaliar sua caminhada. Muitas vezes, esse caminhar pela vida não permite o regresso, pois o caminho já não está mais lá ou as escolhas serão definitivas. Essa metáfora do caminho, além de espacial, também tem seu lado temporal, pois, ao longo da vida, o homem se depara com várias situações nas quais deverá escolher ou eliminar possibilidades, abrindo novas alternativas no futuro próximo ou longínquo.

Entretanto, frequentemente utilizamos a expressão “partir” e “regressar” referindo-nos ao caminho que percorremos quando nos afastamos e voltamos para o lugar de nossa referência. Bollnow (2008) considera fundamental para o sujeito fazer a distinção entre “lugar atual” e “lugar a que pertencço”. O lugar a que pertencço é o lugar de repouso e recolhimento, sempre inconscientemente pensado e que tem uma referência espacial essencial. O lugar a que pertencço é o ponto espacial para onde o homem volta após cumprir uma função no mundo. Seria a volta à sua moradia como se fosse este o seu local de repouso. Assim, o local a que pertencço é o da habitação (casa).

A casa da moradia é o ponto de referência, como se fosse o centro organizador que nos permite a localização, por exemplo, dentro de uma cidade. Através dessa casa, podemos avaliar se nossos propósitos estarão longe ou perto, se o comércio ou os serviços estão próximos ou longínquos, abrindo-se “uma cadeia de referências em que cada espaço de experiência subjetiva está contido e mantido por um todo maior” (Bollnow, 2008, p.91). A questão que se faz para o sujeito é uma tentativa de estabelecer (construir) um local central, de onde ele parte e retorna e que, ao mesmo tempo, seja o seu centro do espaço

vivenciado ou de referência.

Esse ponto de referência tem um significado peculiar, tanto que seu retorno a ele aparece como a mais profunda e essencial realização do homem. É a partir daí que surgem territórios expandidos, com características próprias, no qual o homem vai explorar, caminhar, para depois “voltar para casa”. Numa analogia com a “coisa-lugar” de Heidegger (2011), a casa de Bollnow, além de dar sentido de referência, abrigo e pertencimento, possibilita a abertura de novos espaços que poderão ser explorados pelo homem. Logo, esse movimento de partir e voltar se reflete na articulação de dois espaços: o espaço interno (casa) e o espaço externo (o território do mundo).

Bollnow (2008) entende que aquele sujeito que tem um centro supraindividual, ou seja, que se coloca como cidadão do mundo, também se coloca numa situação na qual sua cadeia de referências não tem um fim determinado. Ao contrário disso, a situação em que a moradia é o centro de referência para o sujeito leva ao impedimento da infinitude de caminhos e direções. A primeira situação revela uma exterioridade sem fim. A segunda revela o caminho cotidiano (do exterior para o interior), no qual o sujeito se afastou do centro de sua referência e, a partir daí, procura o fenômeno do retorno (Bollnow, 2008).

O movimento que se faz para fora da moradia é um caminho que abre possibilidades de novos percursos, novos espaços, diferentes daqueles que o espaço privado da casa permite, que se abrem, anônimos e neutros, supraindividuais. Quando estamos neles, dizemos que habitamos a estrada. Apenas nos movemos sobre a estrada para alcançar algum destino, mas logo queremos voltar para casa o mais rápido possível. O espaço da estrada é um espaço excêntrico, que arrasta o sujeito sem permitir que ele repouse, pois nela não há lugar. A paisagem passa sem ser captada pelo sujeito, de forma rápida e apressada.

Bollnow (2008) propõe que, quando estivermos fora da casa, façamos o caminho

wandern (caminhar) e não um caminhar apressado pela estrada (caminho da estrada). A primeira distinção que se faz entre esses dois atos é colocada no sentido de que o caminhar se faz de forma lenta, sem pressa e sem ter sido provocado por uma causa externa. O caminhante tenta fazer uma conexão com a paisagem, penetrando no espaço que o rodeia. O caminhante caminha por amor ao caminho, com uma meta determinada a cumprir, e o caminho tem, então, uma finalidade que lhe propicia um prazer. O caminhante não está separado da paisagem, faz parte dela e tem que se adaptar e se submeter a ela. Ele quer caminhar, sem objetivo fixo, sem preocupações cotidianas. O ato de caminhar gera certa intimidade, tendo sua meta no próprio sujeito, na sua serenidade e tranquilidade. É um retorno a si mesmo, ao seu centro, à sua casa e ao seu ponto de referência.

Além desse caminhar, que leva o sujeito a um encontro consigo, também lhe é necessário um espaço físico que seja uma referência, um centro que lhe permita habitar no mundo e que possa sempre retornar. Esse centro é a casa que ele habita. A existência humana, segundo Bollnow (2008), está ligada tanto ao caminhar num sentido de “retorno a si” quanto a um caminhar a esse espaço físico, que tem um sentido de pertencimento.

No livro “O Homem e o Espaço” (Bollnow, 2008), podemos entender que o espaço vivenciado pelo homem necessita de um ponto de referência, onde o sujeito se recolhe, e um espaço externo, um território delimitado a partir desse ponto de referência, onde o homem explora e tira sua subsistência. É nesse ir e vir, nesse recolhimento e expansão, que o sujeito dá sentido a sua existência. Os estudos de Bollnow (2008) e Heidegger (1951) se relacionam porque entendem que a tarefa do homem é construir um espaço de habitação que seja sua referência para explorar o mundo e a ele possa retornar para se abrigar. No ato de caminhar pelo mundo, o ser cuida de si para sobreviver e se autoconhecer.

Mas o que é habitar, na teoria de Bollnow (2008)?

Habitar é uma constituição básica da vida humana, que somente agora,

lentamente, vem sendo reconhecida em seu significado. O homem habita a casa. Em um sentido mais geral, ele também habita a cidade (...) Habitar, no entanto, significa sentir-se em casa num determinado local, com enraizamento, pertinência (p.135).

Habitar, então, significa ter um ponto de referência e se enraizar nele, como afirmou Bachelard (2008). Tal ponto de referência não pode ser apenas um ponto isolado, mas deve ser expandido para um território exterior a ele, em que o homem poderá se movimentar.

Sendo assim, Bollnow (2008) informa que temos três âmbitos de habitar ou possuir um espaço próprio: 1) o espaço do próprio corpo; 2) o espaço da própria casa; e 3) o espaço ao redor (a cidade). Para esse estudo, exploraremos os dois últimos âmbitos descritos por este autor.

Bollnow (2008) entende que a ação de habitar a casa tem duas funções: a subjetiva e a antropológica. Em seu estudo, há a concordância com Bachelard (2008) de que o ato de habitar permite ao sujeito um amparo subjetivo. A casa seria o espaço que transcende o espaço geométrico e que mantém o sujeito no mundo para realizar suas tarefas de cuidados de si, que lhe dá a segurança do recolhimento e do relaxamento para recompor-se da “luta” exercida no mundo exterior. A casa e o mundo se correspondem, pois, “por morar na casa, o homem também pode, então, sentir-se em casa no mundo, morar no mundo” (Bollnow, 2008, p. 157). Dentro da casa, o homem, no seu recolhimento, pode ter acesso a lembranças e acontecimentos que ocorreram no seu espaço vivenciado, dando sentido à sua vida e à sua existência. Esse procedimento do caminhar que permite ao sujeito voltar a si tem como pré-requisito o habitar.

A função antropológica da casa tem relação com o local de abrigo e pode ser considerada uma extensão do corpo, com a qual o sujeito se identifica e pela qual se

classifica num espaço circundante maior. Habitar a casa seria, portanto, uma forte identificação do sujeito com um espaço, nesse caso, a casa, fundindo-se com ela, convertendo-se na expressão da essência do sujeito, como também anotou Bachelard (2008) e Heidegger (1951). Esse espaço fundido sujeito-casa é amplo, articulando-se com todos os espaços percorridos pelo homem. Para uma noção mais ampla, é importante que o espaço exterior só comece para fora da porta da casa, abrindo caminhos que deem acesso ao mundo.

Quanto ao espaço ao redor, ele é o mais abrangente na vida, podendo também ser identificado pelo sujeito como seu espaço. Mas como este espaço infinito que nos foi dado por Copérnico e Colombo pode ter esse sentimento de abrigo? Isso aponta para o fato de que o espaço vivenciado sempre preserva um caráter de interior, de reservado no qual o homem pode se sentir bem. O mundo é tão importante para o sujeito quanto a sua casa, pois no espaço externo o sujeito também faz suas identificações e busca sua sobrevivência. A cidade, por exemplo, é o espaço do mundo onde o homem pode se encontrar como um elemento não estranho, ligado a ela, sendo por ela sustentado.

A relação do sujeito com o espaço dentro e fora da casa (cidade) é distinta. O homem precisa habitar a cidade para fazer da casa um local de abrigo. Assim, expande-se a ideia de habitação para a área de fora da casa. O Homem ganha uma liberdade interior mediante vinculação e desvinculação com o espaço, porquanto o propósito de nossa existência está em reconhecer o habitar e o caminhar, o recolher-se e o transcender-se, intimamente unidos ao homem (Proença, 2011).

Entendemos, pois, com Heidegger (2011), que habitar é o modo como o ser ocupa o mundo. Ao construir uma habitação, o ser está ocupando de si e cuidando de sua sobrevivência. O Homem precisa ter seu local de abrigo e referência, que é a sua casa, pois é a partir dela que ele caminha e explora o mundo. É no ato de construir sua casa que o

Homem a habita e, ao mesmo tempo, possibilita a criação de espaços externos a ela que também irá habitar. Nessa construção, tanto a casa como a cidade são espaços fundamentais para o sujeito promover seus cuidados de si, conhecer-se, encontrar outros sujeitos, fazer suas identificações e buscar sua sobrevivência.

2.3 O Espaço para Lefebvre: Habitar a Cidade

Neste momento, vamos voltar nossas observações para o espaço exterior da casa, a cidade, através de alguns estudos de Henri Lefebvre e Milton Santos. A cidade é, para Lefebvre (2001) e também para Bollnow (2008), o espaço de ação do homem. Para tanto, segundo o filósofo francês, o fenômeno da urbanização conduziu à criação de várias estratégias por parte das instituições do Estado para melhorar a relação do homem com as cidades. Para esse autor, através do urbanismo pensou-se em vários sistemas de reflexões práticas e ideológicas que, no fim, tiveram efeito pouco significativo no pensamento daqueles que movem ações na estratégia de se morar nas cidades. Muitas políticas endereçadas às cidades esquecem que o “tecido urbano” não se limita à sua morfologia e não o entendem como um suporte das práticas de cuidados de si direcionadas para a sobrevivência do homem.

Em seu livro *O direito à cidade*, Lefebvre (2001) anuncia que a cidade está em crise, e isso conduz a cidade e o espaço urbano ao centro das contradições sociais. A cidade nasceu e cresceu atrelada ao comércio e à industrialização. Mas também cresceu juntamente com a produção cultural, como os produtos de consumo exemplificados pelas festas, passeios, diversões. Porém, nos últimos tempos um conjunto de modificações na relação do espaço com o homem é gerador de conflitos. O principal ponto de clivagem entre o cidadão e o espaço urbano na atualidade se configura na forma estrita da política urbana atrelada ao mercado imobiliário.

Em sua origem, a cidade grega era o lugar no qual o ser humano poderia praticar suas virtudes. Para Aristóteles, a *polis* seria o sinônimo de “aglomerado de cidadãos”. A cidade nasceu, segundo Platão, porque nós não somos autossuficientes e precisamos estar em grupo para satisfazer nossos desejos e necessidades. Assim, a essa multidão de carentes deu-se o nome de cidade. Surgiram daí, nas cidades, as diversas especializações, sendo por isso que cada ser humano possui uma diferente ocupação (Lefebvre, 2001).

A cidade ideal de Platão, que contém interesses conflitantes de diversas classes sociais, deveria ser aquela que conseguisse apaziguar os diversos interesses em prol de seu desenvolvimento como um bem comum. Entretanto, isso passaria pelo desenvolvimento do conhecimento daqueles que a governam para levá-la a ser uma *cidade justa*. A essa cidade justa, que tem como finalidade promover uma existência completa, também pode ser chamada de “a cidade ética”.

Segundo Lefebvre (2001), existiram, ainda, as cidades políticas, antes da cidade arcaica ou ética da Grécia e Roma (também de caráter político, mas principalmente comercial, artesanal, envolvidas com a posse dos escravos), ligadas à produção asiática, que dominava e incluía uma vizinhança agrária.

Jacques Le Goff (1998), em “Por Amor às Cidades”, afirma que somente nos séculos XI e XII as chamadas “villas” começam a ter um poder geral sobre as pessoas, principalmente sobre os camponeses e os artesãos que viviam nas terras ao redor. Assim, marca-se a transferência do poder do campo para a cidade e, desde o início do século XVI, cada vez mais a população do Ocidente concentrou-se no tecido urbano.

Segundo Le Goff (1998), as cidades contemporâneas, apesar de grandes transformações, estão mais próximas das cidades medievais que das cidades da Antiguidade. As cidades da Idade Média concentravam grande produção de produtos e um forte comércio, que criou, além de uma economia monetária, um novo sistema de práticas

laboriosas ligada aos negócios, permitindo um ideal de igualdade, mas, ao mesmo tempo, uma divisão social dentro das cidades.

Essas características das cidades contemporâneas se delineiam com mais intensidade após o surgimento da cidade industrial, no século XVIII. A importância da agricultura na economia urbana deu lugar ao comércio e à produção artesanal e industrial. A cidade moderna agigantou-se, invadiu o campo, produziu a periferia e fez o movimento de se dividir em pedaços, um movimento de explosão-implosão que resultou na sua realidade urbana atual, espaço de contradições e cisões, do cotidiano e do refúgio contra ele.

As cidades da atualidade têm uma forte relação com o consumo, que desatrela o nível do habitar, sai da construção do lugar singular para um nível geral (escala da disposição do valor do território, da urbanização globalizada, da produção industrial). Esses espaços urbanos atuais passam, portanto, por cima da apropriação que o sujeito poderia fazer desse espaço, a partir da utilização de instrumentos ali presentes que serão úteis à construção de uma habitação e do seu cotidiano para a sua sobrevivência e para o cuidado de si.

Sabemos que o capitalismo compreende que se pode produzir subjetividade atrelada à produção material de bens de consumo (Ferreira Neto, 2011). Nas cidades da atualidade, existe um investimento na ideia da compra de locais de moradias seguras, sem o ingresso daquilo que vem de fora: moradias idealizadas num imaginário da felicidade imaculada.

Importante ressaltar que as representações simbólicas também alteram as relações no campo das práticas sociais, reinventando e dando valor ao cotidiano. Isso significa que construir a imagem de um espaço habitado na cidade para o sujeito tem como consequência a construção de muitas imagens, que dependerão das políticas urbanas e

sociais, das formas de segregação que se instalam nesse espaço, da cultura, da saúde, do comércio, do emprego e do dinheiro que ali possa ser gerados.

Lefebvre (2001) distingue as modalidades de representações simbólicas da seguinte forma: 1) **práticas espaciais**, que seriam o espaço concebido por nós, constituindo as nossas representações, ligado ao produto da apropriação, do uso e da forma física do espaço; 2) **representações do espaço** do administrador da cidade, do urbanista e de todos aqueles que planejam e projetam o território para os habitantes; 3) **espaço de representação dos habitantes**, que se opõe ao segundo, pois este seria o espaço vivido pelo cidadão, pelo artista, por aqueles que produzem a cultura, a filosofia. Seria o espaço que o cidadão tenta modificar e dele apropriar-se.

Todos esses espaços convivem simultaneamente, num processo complexo de transformação constante, onde circulam o cidadão, as instituições, as relações de poder e os produtos da sociedade.

As representações do espaço dos urbanistas e dos administradores da cidade também são chamadas pelo autor de “espaço absoluto”. Esse espaço, que não tem relação alguma com o espaço absoluto de Newton, está caracterizado pelos elementos naturais, cívicos, religiosos e institucionais presentes ali. É um sedimento histórico e dá suporte ao **espaço de representações dos habitantes**, tornando-se um espaço vivido e percebido do corpo, que se utilizará de várias práticas para conceber um espaço que, literalmente, se sabe através do “meu corpo” (Lefebvre, 1974).

Já as **representações do espaço** poderiam ser a tentativa de se administrar a dinâmica das cidades. Aqui, o administrador público investe na ciência e em pesquisas para planejar o urbanismo, na tentativa de melhorar os serviços dados à população. Mas seria impossível entender a inserção do sujeito no tecido urbano sem entender como o urbanismo se inscreve hoje na relação deste com o espaço. As cidades se organizam

essencialmente nas relações entre pessoas, grupos, famílias, organizações, estando na confluência daquilo que Lefebvre chamou de **ordem próxima** (relações de grupos mais ou menos amplas e estruturadas, como a família, a vizinhança) e a **ordem distante** (instituições como a Igreja, a Justiça, o Executivo, o Legislativo). A cidade é uma “mediação entre as mediações”, é uma produção histórica do ser humano (Lefebvre, 2001).

Para análise e entendimento do urbano, exigem-se instrumentos metodológicos que permitem que essa **ordem distante** organize modelos prático-técnicos que atuarão na **ordem próxima**. As aplicações técnicas desse contexto são observadas, segundo Lefebvre (2001), no quadro geral fixado por decisões estratégicas e políticas do Estado, o que significa a produção de um material científico que, de alguma forma, entenderá a complexidade do tecido urbano e, conseqüentemente, poderá dar respaldo teórico às legislações que, por sua vez, darão soluções práticas para melhorar a qualidade de vida e as relações sociais no tecido urbano.

O “Direito à cidade” (2001) e a “Produção do espaço” (1974) de Henri Lefebvre estimulam a criação do sujeito diferenciado, ao invés do “sujeito consumidor”. O sujeito diferenciado seria aquele que ocuparia a cidade em liberdade, atravessando o espaço, como o caminhar de Bollnow (2001), percebendo-o, incorporando-o e construindo ali o seu lugar de habitação, no qual possa se sentir pertencendo a ele, tendo-o como referência.

O urbanismo deveria ser, assim, uma ciência, utilizada pelo Estado, que lança mão de métodos, legislações e conceitos a favor de montagens de estratégias, para tornar a cidade um espaço que possa ser reconhecido pelo homem como “espaço de pertencimento” (Lefebvre, 1974). Habitar esse espaço urbano, exterior ao espaço da casa, teria a função antropológica e subjetiva, segundo Bollnow (2008), de dar ao homem uma referência de lugar de abrigo e proteção, construída através de uma forte identificação

entre ambos.

2.4 O Espaço para Milton Santos: Habitar o Território

Existem diversas concepções e reflexões para explicar o conceito de território. Cada autor dependendo de sua linha teórico-metodológica dá ênfase a algum aspecto dentro de território (seja político, econômico ou cultural) para explicar a dinâmica de um espaço que está sempre em construção (Bordo, Silva, Nunes Barbosa & Miralha, 2004).

No nosso país, o conceito de **território**, produzido por Milton Santos, foi um dos pilares desse complexo material científico e legal que ordenou um conjunto de ações no campo da saúde pública, objetivando especificamente o melhoramento da qualidade de vida nas cidades.

Em sua teoria Milton Santos (2008) adverte que a formação do território se dá fora dele e é a periodização da história que irá organizar o território através de suas configurações políticas, econômicas e sociais. Assim, cada momento histórico muda o papel e sua posição no sistema temporal e no sistema espacial, além de seu valor ser um elemento de relação com os demais territórios.

Santos (2011) alerta que o espaço não pode ser confundido com o território. Para ele o espaço é conceituado como a totalidade verdadeira e o território como uma configuração singular resultante de articulações entre a sociedade, o espaço e a natureza. Assim, o território pode adotar configurações particulares conforme o momento histórico e os movimentos da sociedade.

Segundo Santos (2000), é o uso do território, e não o território em si mesmo, que faz dele objeto de análise social. Seu entendimento correto é fundamental para afastar o risco de isolamento social, “o risco de perda do sentido da existência individual e coletiva,

o risco de renúncia ao futuro”. O território é formado por suas características geográficas, pelas técnicas vigentes (diferenciação tecnológica) nele utilizadas, bem como pelo seu meio de produção, pelos instrumentos e coisas que convivem dialeticamente com o espaço e que penetrará na intencionalidade humana.

O território pode estar ligado tanto ao sentido mais concreto de dominação quanto ao sentido simbólico de apropriação. O primeiro, numa lógica mais capitalista, vincula o território ao valor de troca (funcional) e o segundo, ao valor de uso (simbólico). Os dois valores dados ao território devem caminhar juntos, porquanto, obrigatoriamente, o território é uma combinação do valor funcional e do valor simbólico, mesmo que em nossa sociedade exista um domínio maior do primeiro sobre o segundo. Seguindo nessa linha, Milton Santos vincula o **território funcional** como uma prerrogativa dos atores hegemônicos, e o **território simbólico** como abrigo, utilizado pelos atores hegemonzados.

Assim, ter-se-á um território repleto de relações de poder, nele incorporadas através de seus múltiplos sujeitos, hegemonzados e hegemônicos, que seguem através da cultura, das relações econômicas e políticas, organizando e construindo um espaço cheio de significados nele enraizados, que garanta a sobrevivência cotidiana.

Portanto, pode-se falar de dois tipos de análise do território: uma análise mais funcional e outra mais simbólica. Como já foi visto, seria impossível separar o território simbólico do território funcional, pois cada um deles carrega em si uma carga do outro. Mas é o **território simbólico** que importa a este estudo, o território apropriado pelo sujeito, território da diferença, princípio da multiplicidade, território como símbolo e valor simbólico. Esse território tem profunda ligação com o **espaço de representação dos habitantes** de Lefebvre (2001).

O território simbólico é bem mais que um espaço geograficamente delimitado, é

também um conjunto de referências socioculturais que modelam o cotidiano, o projeto de vida, a inserção de vida de uma pessoa. Deve ser compreendido através do conteúdo agregado a ele pelos diversos atores que, de alguma forma, ali inscrevem sua história. Como a história não se escreve sem o espaço, a subjetividade lhe é indissociável.

Para Santos (2006), o território deve ser apropriado e produzido pelo sujeito. Não é um elemento puramente físico e espacial. O espaço pode ser concebido como o lugar onde os sujeitos sociais constroem suas histórias de vida que, por sua vez, inscrevem-se nele. O autor também reforça a ideia de que seria inconcebível analisar o sujeito e o espaço separadamente, pois é nesse vínculo que se faz a atividade do homem e a construção de histórias. O território, então, deixa de ser forma e passa a ser usado como objeto e ações, a que o autor denomina de “espaço humano, espaço habitado”.

Embora, como vimos acima, Lefebvre se refira sempre a espaço urbano ou cidade, e não, a território, é fácil perceber que não se trata de um espaço no sentido genérico ou simplesmente natural. Trata-se de um espaço onde se processa uma construção social e podemos afirmar que o espaço trabalhado tanto por Santos quanto por Lefebvre é um “espaço feito território”, um território como uma configuração que se desenha como um todo, construído através dos processos denominados de apropriação.

Na obra de Santos (2000), como na obra de Lefebvre (2001) e Heidegger (2011), o espaço é uma instância a ser produzida, em permanente construção. Apesar de os dois primeiros terem a concepção dialética na qual o sujeito e o espaço são entidades já constituídas que se interagem, eles concordam que é o sujeito aquele que irá ocupar, dar função e utilizar o espaço para seu conforto físico e mental.

Tanto para Santos quanto para Lefebvre (2001), vemos que a organização do território da cidade tem uma forte relação com a política governamental. Mas, na obra de Santos (2000), o território é uma base espacial menor, que ele chamou de “espacialidades

singulares”, resultantes das articulações entre a sociedade, o espaço e a natureza. Nesse território, tudo acontece e aponta para a necessidade de sua apropriação pelo sujeito através dos aspectos políticos, sociais, econômicos e culturais que se entrelaçam nos momentos históricos da vivência de cada um.

Assim, podemos entender o território a partir daquilo que foi proposto por Santos (2000) como algo vivo, que se diferencia qualitativamente e quantitativamente, em constante modificação e que se relaciona com a teoria de Heidegger (1951) e Bollnow (2008), quando ganha sentido pelo habitar e o apropriar de seus moradores. Ele é um espaço exterior da casa e é um importante elemento que dá suporte à experiência de produção de subjetividade (Ferreira Neto, 2011).

Capítulo 3. A Relação Espaço-Subjetividade e sua Importância para a Noção de Cuidados de si

Como afirmou Bollnow (2008), a ação de habitar o espaço possui tanto uma função subjetiva como uma função antropológica. Neste capítulo, priorizando uma linha temporal, vamos aprofundar o estudo da primeira função do habitar, aquela que entende o espaço como amparo para a produção de subjetividade.

Para buscar o entendimento da noção de subjetividade, faz-se necessário, primeiramente, falar de René Descartes, apesar de a discussão sobre a subjetividade não ter se originado na Filosofia moderna.

Descartes era um grande matemático e teve sua vida acadêmica muito influenciada pela Física e pela Astronomia. Em seus estudos científicos, propunha um método que, como a Matemática, resultasse em conclusões sobre as quais não pode haver dúvidas.

O método de Descartes tinha como objetivo apontar o caminho para a verdade científica, sendo que o verdadeiro sentido da existência é a busca objetiva pela razão.

Assim sendo, o ser humano deveria se desligar das ilusões e incertezas dos sentidos produzidas por meio de seu contato com o mundo e privilegiar a certeza do *cogito* (pensar). Nesse sentido, o ponto de referência para o discernimento não é o mundo, e sim o pensar. Sua famosa afirmação, *cogito, ergo sum* (penso; logo existo), significa que a natureza humana reside no pensamento, e o conhecimento somente será obtido através da intuição e da dedução. O *cogito* cartesiano é analítico e influenciou profundamente a ciência moderna, privilegiando a mente em relação à matéria e aos sentidos, separando-os e dividindo-os radicalmente (Lopes, 2010).

Nas ciências humanas e na medicina, o pensamento cartesiano possibilitou inúmeros estudos e discussões a respeito da relação entre mente e cérebro. Descartes pensava a mente e a matéria fundamentalmente separadas, tendo a criação divina como o ponto em comum. A natureza (entendida como espaço) funciona com suas leis matemáticas e mecânicas e todo o mundo material poderá ser entendido nessa dinâmica.

Especificamente nas ciências humanas, com o passar dos anos, o pensamento cartesiano produziu progressivamente uma subjetividade atrelada ao eu (consciência), colocando o ser humano como o senhor da verdade, livre das ilusões e senhor de si. O *cogito ergo sum* assinala a emergência da subjetividade, mas não a do sujeito. Segundo o pensamento cartesiano, o ser humano é uma *coisa pensante* que se constitui apenas na prática do pensamento, que tem como consequência o seu próprio conhecimento, sendo o mundo externo seu contraponto.

Outro pensador importante que se debruçou nos estudos sobre o “eu” foi o filósofo alemão Emmanuel Kant. Ao contrário de Descartes, partindo do pressuposto de que o mundo existe independente da existência do ser humano e que seria impossível o conhecimento da verdade absoluta, Kant entende que a nossa noção da realidade é parcial e vinculada ao que cada ser humano experimenta na sua existência, construindo, assim, o

seu próprio saber a respeito da realidade. Mas, na concepção kantiana, também existiria um sujeito transcendental (ou do conhecimento) que abrange um modo de conhecer o mundo comum à espécie, que não é individualizada. Esse seria um sujeito que preexiste à experiência sensível do contato com a realidade e que não poderá ser estudado ou alcançado, pois só existiria na presença do “eu” da experiência. Simonini (2010) afirma:

Assim, [Kant] lança-nos em um terreno em que a noção de subjetividade envolve tanto um “eu” concreto que na experiência diária adquire conhecimento sobre as coisas ao redor, quanto um “eu” universal, característico da própria condição humana, que unifica a espécie dentro de faculdades cognitivas comuns (pp. 5-6).

Para Kant (1781), o ponto de partida do ser humano seria a razão, que imprime suas categorias aos objetos. O espaço e o tempo, aos quais ele chama de forma da intuição, estariam constituindo o sujeito que preexiste, não seriam um conhecimento empírico abstraído nas experiências com o mundo externo. Ele defende que espaço e tempo são dimensões básicas, intrínsecas ao ser humano. Tais elementos são representações *a priori* e possibilitam todo e qualquer conhecimento humano:

O espaço é uma representação necessária, *a priori*, que fundamenta todas as intuições externas. Não se pode nunca ter uma representação de que não haja espaço, embora se possa perfeitamente pensar que não haja objetos alguns no espaço. Consideramos, por conseguinte, espaço a condição de possibilidade dos fenômenos, não uma determinação que dependa deles; é uma representação *a priori*, que fundamenta necessariamente todos os fenômenos externos (p. 21).

Segundo o pensamento kantiano, todo nosso conhecimento começa pelo sentido e passa a ser conhecimento por meio da razão. Porém, antes da experiência dos sentidos, há o sujeito formado por elementos dados *a priori*, sendo o espaço uma representação que

fundamenta necessariamente todos os fenômenos externos. Kant (1781) comenta:

O espaço não é um conceito empírico, extraído de experiências externas. Efetivamente, para que determinadas sensações sejam relacionadas com algo exterior a mim (isto é, com algo situado num outro lugar do espaço, diferente daquele em que me encontro) e igualmente para que as possa representar como exteriores umas das outras, por conseguinte não só distintas, mas em distintos lugares, requer-se já o fundamento da noção de espaço. Logo, a representação de espaço não pode ser extraída pela experiência das relações dos fenômenos externos; pelo contrário, esta experiência externa só é possível, antes de mais nada, mediante essa representação (p. 23).

Os fenômenos espaço-tempo existem independentes do sujeito e, como foi visto no pensamento kantiano, independem da experiência para existirem. São, na realidade, o aparato da experiência, que não ocorreria sem a presença deles. Nenhum objeto dado e nenhum conhecimento seriam produzidos na ausência desses fenômenos. São instituições puras da subjetividade, que devem estar juntas e acrescentadas ao objeto para que se produza o conhecimento.

Na tentativa de buscar nos estudiosos das ciências sociais a relação entre a subjetividade e o espaço, Ferreira Neto (2004) e Nogueira (2009) comentam que a Psicologia, em diversos momentos da história, refutou a categoria “espaço” como elemento imprescindível para a realização de uma análise da subjetividade.

Em seu nascimento, influenciada pelo pensamento de Descartes, a Psicologia de Wundt separava o mundo interno e externo, fazendo uma distinção entre o social e o individual. Pioneira, a psicologia wundtiana colocava a consciência como seu objeto de estudo e como um processo da interioridade, que poderia ser estudada pelo método da introspecção. Assim, em seu início, a Psicologia se tornou uma disciplina desconectada do

espaço social.

Ferreira Neto (2011) relata que, já no decorrer do século XIX, o enfoque dos estudos na área das ciências humanas sociais passou a se voltar para a dimensão histórica, influenciado pelo Materialismo Histórico. A consequência disso foi que a dimensão do tempo teve sua relevância aumentada, deixando o espaço fora do foco das investigações científicas da época.

A partir da primeira parte do século XX, a separação entre mundo interno (subjetividade) e mundo externo (social), feita pelos estudos na área da Psicologia, começou a se desfazer. Assim, os psicólogos começaram a formular a existência de uma influência fundamental entre a vida social e a vida subjetiva. Ferreira Neto (2011) formula que a problematização dessa relação entre social *versus* subjetividade aparece na Psicologia do século passado sob duas formas: a primeira, que ainda mantém separada a interioridade da exterioridade e indica, através de noções como socialização e introjeção, a existência de uma influência dialética na formação do mundo interior e do mundo exterior; e a segunda, que demonstra que a formação de subjetividade não está influenciada pelo social, mas em conexão com vários processos sociais (econômicos, midiáticos, culturais, ecológicos, políticos) que participam de diversos processos de subjetivação, os quais não se reduzem a uma subjetividade interiorizada. Nesse sentido, a subjetividade é vista como um processo e não como uma estrutura, ocorrendo novos processos de subjetivação com a formulação de novos arranjos sociais. Os processos de subjetivação são variáveis e contínuos, surgindo em concordância com processos históricos, sociais, políticos, urbanos, sem ser um determinante absoluto.

Um dos autores importantes para essa visão ampliada a respeito da subjetividade foi Michel Foucault. Em *História da Loucura* (1991), ele conduziu seus estudos sobre a relação do poder-saber e descreveu as formas da relação sujeito-instituição que leva à

formação de um “indivíduo sujeito”, fruto de uma normalização de pensamentos preconcebidos, institucionalizados, nos quais as regras previamente existentes não o deixam se diferenciar. A sujeição leva à repetição de normas, com o objetivo de se fixar a realidade, forçando o indivíduo a aprender que existe um padrão essencial para se viver.

Mas foi principalmente em *A História da Sexualidade* (2009) que a obra foucaultiana lançou a noção de que sujeição ou “indivíduo sujeito” é o contraponto de subjetividade (subjetivação). Nesse estudo, a noção de estética da existência é analisada sob a ótica dos modos de subjetivação como experiências do governo de si mesmo. Ao se afastar da ideia de todo, de identidade ou de pensamento absoluto, criaram-se espaços para o entendimento da construção de um sujeito diferenciado, para a criação de si, no sentido de fazer da vida uma obra de arte. Sales (2008) comenta:

Há, pois, um cuidado de si, uma prática de si, uma política de si, um exercício de si sobre si que visam, acima de tudo, a uma soberania sobre si mesmo. O que está em jogo é a técnica que deve ser utilizada para se viver da melhor maneira possível. Essa dobra do pensamento sobre si mesmo (...) consiste na tarefa da filosofia hoje, uma vez que aponta para a capacidade de recusa e resistência, mas também para a coragem de criação da sua própria subjetividade (p. 4).

Assim, Foucault convida para a criação de um sujeito constituído de espaços de multiplicidades, onde tudo cabe e tudo pode ser recriado e no qual a diferença é a possibilidade de vários outros dentro de si. O sujeito, diante do que é dado pela cultura, pode, por meio do seu pensamento, experimentar não só o que já se sabe, mas viver o novo através das interrogações diante de uma verdade, modificando valores preconcebidos para fazer outra coisa e se tornar diferenciado.

Para Foucault, a subjetividade não é uma produção solitária, ela se faz na relação com outros indivíduos livres, numa relação intersubjetiva no espaço público. Somente pela

ação no mundo e na forma como produz seu discurso é que o sujeito poderá se diferenciar, fazendo a invenção de si mesmo e experimentando o cotidiano numa transformação constante no encontro como o outro.

Aqui, a subjetividade não é um dado prévio, não está na origem e não está ligada diretamente à constituição humana, mas sim uma produção que acontece com o indivíduo, num importante processo de interação social, sem qualquer noção de subjetividade pré-social. A subjetividade para Foucault pode ser constituída em qualquer tempo e não há a noção de sujeito transcendental.

A ideia de produção de subjetividade pode ser enriquecida pelo entendimento de que a subjetividade nunca estará acabada, mas será um processo contínuo de modo não casual, no qual as instituições contemporâneas e o espaço são lugares fundamentais para essa produção (Prata, 2001). Para Rolnik e Guattari (2005), a subjetivação também é uma produção que acontece no encontro com o outro, modelada no registro social. O outro é entendido como o outro social, ou seja, tudo aquilo que produz efeitos na maneira de viver do indivíduo. Esses efeitos ocorrem através de múltiplos componentes de subjetividade que circulam no espaço social.

Tais componentes têm múltiplas origens e são valores, ideias e sentidos que ganham registro singular nos encontros, tornando-se matéria prima para se expressar os afetos vividos nesses encontros. Cada sujeito, com sua maneira particular, ao mesmo tempo em que acolhe esses componentes, faz também sua emissão, permitindo, através dessas trocas, uma produção coletiva viva de subjetividade.

Rolnik e Guattari (2005) chamam a atenção para a importância da instituição na difusão dos componentes de subjetividade num determinado período histórico. Outras formas de difusão desses componentes são a mídia, a linguagem, a ciência, a tecnologia, a cultura. O que os caracteriza é que são permanentemente reinventados e colocados em

circulação na vida social, ganhando importância para o cotidiano dos sujeitos.

Para ser singular, o sujeito enfrenta uma luta que irá frustrar as invenções capturadas pelo coletivo e transformadas em referências para serem reproduzidas, como se garantissem algum processo de segurança da ordem. Essas referências, fortalecidas e tidas como orientadoras de uma determinada sociedade, travam e tentam abafar os processos de subjetividade. O sujeito que recusa esses processos de valores de referência se aproxima da dimensão desejante da vida, para que, conectado a ele, possa (re)inventar a experiência e perceber a vida junto aos outros.

A subjetividade pensada por esses autores é algo vivo e mutante, que se faz a partir do outro, com o outro e no espaço social, tornando-se possível experimentar e inventar diferentes modos de perceber a vida e o cotidiano do mundo.

Interessante notar que o espaço entrou em cena como elemento de análise na formação dos processos de subjetividade nos estudos e nas pesquisas somente nas décadas de 60 e 70 do século XX, incorporado principalmente pelas produções dos filósofos Michel Foucault e Henri Lefebvre (Ferreira Neto, 2011).

Foucault, numa conferência no “Centre d’Études Architecturales”, em 1967, afirmou que a ansiedade da sociedade atual está mais relacionada ao espaço do que ao tempo, mesmo após todos os avanços da ciência do século XX e com a revolucionária teoria de Galileu do século XVI. O filósofo ainda afirma que a nossa era é, acima de tudo, a época do espaço, na qual experimentamos mais a vivência em redes que se conectam do que uma vivência que vai se enriquecendo com o tempo. Para o autor, o espaço não é uma inovação e tem uma história em si que pode ser contada pela experiência Ocidental com o tempo.

Em cada época da humanidade o espaço teve uma caracterização estruturante. Na idade medieval, o espaço era hierarquizado, disposto em conteúdos específicos, como, por

exemplo, o lugar do rei, da nobreza e do vassalo; o lugar do divino e do profano; o lugar do cosmo e do terreno. No século XVI, Galileu dissolve essa concepção de espaço medieval e abre as portas para um movimento que substitui a localização pela extensão, no qual o conceito de infinito deixa o conceito e a análise de espaço infinitamente aberto.

Ao contrário da fenomenologia, que preferiu fazer uma análise do espaço a partir da percepção interna do sujeito, Foucault debruça sua análise na relação do ser humano com o espaço externo que, assim como o espaço interno percebido pelo “ser” dos fenomenologistas, é também um espaço heterogêneo, delineado por sítios irreduzíveis que não se sobrepõem. Não é nossa intenção mostrar as análises e conceituações que Foucault faz a respeito do espaço na nossa era, mas comprovar que esse autor fez a recriação do espaço público, descrevendo sua relação com uma política ligada às atividades de criação e de experimentação do sujeito.

A genealogia da subjetividade no mundo ocidental de Foucault demonstra uma preferência fundamental pelo espaço da cidade, em especial, a *polis* grega (Foucault, 2009). A cidade grega é para ele uma experiência de subjetividade autônoma, o que não significa um retorno aos gregos e nem uma incorporação ao modelo ético greco-romano. A intenção do autor é contrapor a experiência ética e política do mundo grego à sua visão do mundo contemporâneo (Ortega, 2001).

A ação no espaço e no discurso produzido ali são as formas de o sujeito se mostrar, de revelar sua identidade singular, sua essência, sua autenticidades, ou seja, sua subjetividade. Esta subjetividade está constituída por técnicas de cuidados de si, que se fazem no espaço público e com os outros. Nos seus estudos sobre o estoicismo, Foucault (2010) encontra nos gregos um modo de vida no qual o sujeito, por meio do que ele chamou de “cuidado de si”, não o toma como uma forma rígida, como uma referência que todos devem seguir, institucionalizada ou imposta. Ao contrário, no cuidado de si é

facultada ao sujeito, que a acolherá ou não, de acordo com seu desejo. Somente aqueles que tomassem a decisão de ter condições de cuidar de si poderiam ocupar-se de cargos públicos para cuidar dos outros.

Existiam entre os gregos, segundo Foucault (2010), diversos procedimentos de cuidar de si com o objetivo de cuidar da existência. Mas, a partir da decisão de construir uma vida bela que implicasse uma série de condutas e restrições, estava colocada uma dimensão ética e ao mesmo tempo política diante da própria existência, que favorecia também a construção de uma estética.

Dessa forma, o sujeito se constituía mediante uma atitude de individualizar-se e estilizar a sua ação, com a finalidade da glória e da permanência longa na memória. Porém, isso só poderia ser compreensível em uma dimensão intersubjetiva, ou seja, somente na relação livre com outros sujeitos, por meio dos discursos e nos espaços públicos, seria possível ao sujeito se diferenciar, mostrar seu valor e poder reconhecer-se na alteridade. Quem escolhesse esse caminho, estaria disposto a transformar seus hábitos e valores para governar a cidade.

Podemos considerar que, para o filósofo francês, a escolha estética e política de um determinado tipo de existência é um *modo de subjetivação* possível. Na verdade, os modos de subjetivação na nossa sociedade atual podem assumir diferentes formas, que produzem maneiras de vida e organizações sociais distintas e mutantes.

Os modos de subjetivação podem ser transformados, como aconteceu na Antiguidade, quando as práticas livres de cuidados de si passaram a ser obrigação, introduzindo, assim, uma ruptura histórica, emergindo um discurso que obriga todos a seguirem determinada regra. Com isso, o estoicismo passou a utilizar o cuidado de si como uma espécie de combate às fraquezas do eu e permitiu, além da ascensão do ascetismo cristão (baseado nos julgamentos morais, nas penitências e julgamentos), um modo de

subjetivação distinto.

No decorrer da história, os modos de subjetivação passaram por variadas transformações e Foucault (2010) sempre esteve mais interessado em entender os modos de subjetivação nos dias atuais. O pensamento foucaultiano defende que o cuidado de si representa uma maneira de resistência às formas de dominação, de exploração e ao poder que liga o sujeito a si mesmo e o submete aos outros. Resistir, hoje, é uma ação política que surge como uma produção ou um processo, como uma relação consigo, na qual se necessita utilizar diferentes ferramentas para se constituir. Essa ação política tem como foco a insistência nos encontros com o outro, fazendo circular no cotidiano as nossas invenções e percepções que emergem dessa experiência e que não se simplificam em regras obrigatórias.

Em sua obra, Foucault (2010) se esforça para que essa categoria seja diferenciada da ideia de egoísmo, surgida com o cristianismo, cujo interesse único está centrado no sujeito que não se interessa em se sacrificar pelos outros. Para ele, o cuidado de si está direcionado para o conhecer-se e também para o formar-se e conduzir-se, o que constituiria uma ética do cuidado de si, baseado na liberdade, tão cara aos gregos: “não digo que a ética seja o cuidado de si, mas que, na Antiguidade, a ética como prática racional da liberdade girou em torno desse imperativo fundamental: ‘cuida-te de ti mesmo’”(p. 268).

O termo *epimeleia*, como adverte Foucault, designa um conjunto de ocupações ou labor para o cuidado de si. É, antes de tudo, uma atitude ligada ao exercício da política, consistindo-se em práticas que dão ao ser humano uma marca individual de encarar a vida: certo estar no mundo, uma forma práticas de ações e uma forma de se relacionar com os outros. Uma das características mais importantes das práticas do cuidado de si é que elas não constituem um exercício solitário, sendo verdadeiras práticas sociais, com os outros,

frequentemente criando estruturas mais ou menos institucionalizadas (Foucault, 2009).

Embora não tenha sido uma preocupação do autor formular e descrever cuidadosamente tais atividades, fica claro que são formuladas principalmente na contemporaneidade pelo discurso médico (atividade física, meditação, sono, atividade sexual, leituras), ampliando-se quando somadas ao entendimento, na sociedade atual, de que o cuidado de si se resume em manter a boa saúde.

A liberdade que se propõe para o cuidar de si implica numa relação com os outros, que se realiza nos espaços comuns da cidade, seja de ordem íntima (amigo, companheiro, marido, esposa) ou de ordem menos íntima (vizinhos, colegas de trabalho). Cuidar de si relaciona-se também com o cuidar do outro, uma vez que aquele que sabe quais são seus deveres descobrirá como manter uma relação responsável com o outro. Os códigos de conduta (permissões ou proibições) que permeiam a relação do sujeito com o outro são decisivos para a produção de subjetividade.

Portanto, podemos entender na obra de Foucault (2009, 2010) que, para cuidar de si, o homem necessita de liberdade e, para tanto, a produção de subjetividade, como já foi dito, não se faz solitariamente, fazendo-se necessário o encontro com o outro em espaços públicos e privados, sempre influenciado pelas relações de poderes.

Deleuze (2001), como Foucault (2010), entende que o sujeito é formado a partir dos encontros com o outro, quando é “forçado” a se questionar e produzir pensamentos e conclusões, que surgem a partir de incômodos e angústias, consequências desses encontros. Numa relação com a obra de Bollnow (2008), isso se faz no regresso a casa, quando repensamos os encontros que se fizeram durante o caminhar pela cidade.

Muitas vezes, dependendo do encontro ocorrido, o sujeito é forçado a questionar seu modo de vida, ocorrendo, dessa forma, certa desorganização no que convencionamos chamar de “eu”. Por isso, o sujeito não é uma unidade pronta na medida em que é capaz de

entrar em contato com instâncias diferentes e sofrer com suas influências e, de alguma maneira, atribuir-lhes um sentido singular. Assim, parte delas passa a compor o homem, dando-lhe uma forma “provisória”.

Mas quais seriam essas instâncias capazes de influenciar e compor o homem? Segundo Deleuze (2005), a força de imaginar, de recordar, de conceber, de querer. Nessa perspectiva, o sujeito é uma processualidade, um ir e vir que nunca se estabiliza, constituindo-se a partir das experiências vivenciadas no espaço de fora, que, por diferentes enfrentamentos, afetam o seu corpo e passam a fazer parte de sua história e a circular do lado de dentro. A produção do sujeito não tem sossego, pois envolve o movimento de diferentes percepções e sentidos como uma experiência particular em um determinado tempo histórico, enquanto desenha territórios subjetivos que envolvem o desejo, não podendo ser atrelada às forças de dominação ou de repressão. Qualquer tentativa de práticas de dominação faz a subjetividade ganhar contornos transcendentais, resultando em um sujeito apegado a uma entidade ou até mesmo a uma identidade.

O que chama a atenção nas obras de Foucault (2009, 2010), Deleuze (2005) e Rolnik e Guattari (2005) é a importância da dimensão política enfocada por eles, cada um a seu modo, na luta para se travar a produção de subjetividade. O que há de mais comum nessas obras é que essa produção só se faz na relação viva da experiência do encontro com o outro e nos espaços livres, o que implica também acolher a diferença como parte da vida, pois o que é diferente, muitas vezes, chama-nos atenção e traz problematizações que fertilizam os processos de subjetivação.

Quando se refere especificamente ao espaço, Nogueira (2009) afirma que, sem esse elemento, o mecanismo de produção da subjetividade não existiria. O espaço seria um elemento fundamental para a construção da subjetividade, pois é nele que o homem se aventura no encontro com os outros, remetendo-se a um complexo de problematizações

que advêm da experiência dos encontros. Tomar a consciência de si e a consciência do outro, na qual se imbrica o plano social, é um processo vivo e também provisório. O espaço é o elemento no qual desfilam as relações de poder, de subsistência e em que os homens e as mulheres imprimem suas marcas. Para a autora, é de fundamental importância o estudo da produção da subjetividade em relação ao espaço, pois é por meio dele que a existência humana é possibilitada. Não podemos negar a materialidade da subjetividade, já que não seria cabível imaginar o eu confinado no interior da mente sem fazer conexões com os objetos, com as sensações e com as relações com o outro ser humano, que se apresentam constantemente no espaço.

Finalizando, ainda segundo Nogueira (2009), a Psicologia não pode descontextualizar os processos de subjetivação do contexto espacial, pois a vida cotidiana acontece imbricada nos espaços, nos lugares.

3.1 Habitar a casa e a cidade e produzir subjetividade

O espaço pode ser percebido e representado pelo sujeito, assumindo tantas formas quantas forem as suas mediações culturais. O espaço real ou absoluto não me interessa como uma categoria de análise ou mesmo para aqueles que se detêm no estudo da subjetividade. O que me interessa é o espaço dotado de significações específicas para cada sujeito, onde ele se aloja, abriga-se e o tem como referência. A esse tipo de espaço poderemos denominar de espaço de habitação. Quando o sujeito ocupa-se de si na construção de uma habitação está, ao mesmo tempo, cuidando de si, criando algo que dará a ele uma referência para poder explorar o mundo, em liberdade, tirando dali seu sustento, e permitindo o encontro com o outro, o que tem consequências implícitas para a produção de subjetividade.

Heidegger (2011) e Foucault (2009, 2010) não entendem o espaço e o sujeito como uma relação dialética. Ao contrário, para esses autores, ambos têm uma forte influência um sobre o outro. O espaço mundano no qual o sujeito se ocupou para criar uma habitação permite também a ele a prática de cuidar de si, junto aos outros sujeitos e em liberdade.

Na leitura das obras da genealogia de Foucault (2009, 2010) e da ontologia de Heidegger (1951, 2005), existe uma relação enriquecedora para o desenvolvimento desta pesquisa, fundamentada no **cuidado**. A leitura das obras de Heidegger nos leva a concluir que a autocompreensão existencial da condição humana se faz através do ato de ocupar de si, no qual construção de um espaço de habitação é uma condição fundamental, pois será nele que o sujeito terá sua referência no mundo e irá dispor de instrumentos e coisas para fundamentar sua sobrevivência. O ato de ocupar-se de si tem relação com o conhecimento, ou seja, um entendimento do que seria o “jogo da vida” para se poder habitar o mundo, buscando possibilidades de se compreender e existir.

As obras de Foucault, por sua vez, mostram-nos o cuidado de si historicamente desenvolvido como uma forma de vida no Ocidente. No pensamento foucaultiano, as práticas do cuidado de si se opõem a qualquer forma de sujeição e, por isso, devem ser analisadas no espaço livre, como aquele da cidade. Essas práticas têm uma relação com a verdade, que não é necessariamente ligada ao conhecimento verdadeiro e ao saber, mas também à ação. Segundo Ayres (2004), “o cuidado de si possibilita, assim, enraizar genealogicamente o plano de imanência da ontologia heideggeriana, ao mesmo tempo em que o *dasein* abre-nos a possibilidade de conferir um sentido existencial à genealogia foucaultiana” (p.86). Foucault (2010) resumiu na seguinte afirmação: “ocupa de ti mesmo, ou seja, construa-te livremente, pelo domínio de ti mesmo” (p.287).

Não seria impensável aproximar o pensamento heideggeriano do pensamento foucaultiano, pois tal vinculação também foi afirmada pelo próprio filósofo francês

(2010):

Certamente, Heidegger foi para mim o filósofo essencial (...) Todo meu futuro filosófico foi determinado por minha leitura de Heidegger. Entretanto, reconheço que Nietzsche predominou (...) Meu conhecimento de Nietzsche é bem melhor do que o que tenho de Heidegger; mas não resta dúvidas de que estas são as duas experiências fundamentais que fiz. É provável que se não tivesse lido Heidegger não teria lido Nietzsche. Tinha tentado ler Nietzsche nos anos cinquenta, mas Nietzsche sozinho não me dizia nada. Enquanto que Nietzsche e Heidegger, aí sim, este era o choque filosófico. Mas nunca escrevi nada sobre Heidegger e nada escrevi sobre Nietzsche além de um pequeno artigo. São, contudo, os autores que mais li. Creio que é importante termos um pequeno número de autores com os quais se pensa, com os quais se trabalha, mas sobre os quais não se escreve (p. 259).

Martin Heidegger e Michel Foucault têm em comum a descrença no sujeito soberano, fundador do mundo e das representações. Percebemos na genealogia de Foucault a exploração de três domínios da subjetividade: uma ontologia histórica do sujeito em relação à verdade, que lhe permite que seja sujeito do conhecimento; uma ontologia histórica do sujeito e suas relações com o campo do poder, que lhe permite agir sobre o outro; enfim, uma ontologia histórica da relação do sujeito com a moral, que lhe permite se constituir como agente ético (Figueiredo, 1995). Se, por um lado, etimologicamente, *ethos* (ética) também se refere tanto a costume como a morada, por outro lado, hábito e habitação compartilham a mesma raiz. Portanto, entendemos a casa como metáfora da dimensão ética da existência, na qual hábitos e habitação compartilham a mesma raiz (Figueiredo, 1995).

A casa seria o espaço de separação, de recolhimento, de proteção, que não encerra

o sujeito numa clausura existencial (Bollnow, 2008; Bachelard, 2008). A casa é um instrumento ou coisa, feito para se morar, para se abrigar e, segundo Figueiredo (1995), “considerar o *ethos* como uma casa, como uma instalação, é ver nele, nos códigos, valores, ideais, posturas, condutas para consigo mesmo e para com os outros algo equivalente à moradia” (p. 143).

Os estudos das práticas éticas do cuidado de si na obra de Foucault se encontram com a problemática heideggeriana do habitar na medida em que o cuidado de si ou o ocupar-se de si não é uma preparação para a vida; é uma forma de vida. Não há outro fim nem outro termo além do propósito de estabelecer-se junto a si, residir em si mesmo, fazer aí sua morada (Foucault, 2010).

Portanto, para estabelecer junto a si, o sujeito deve construir e habitar um espaço, um lugar de referência onde possa se recolher e dar sentido a sua vida. Assim, a casa é também o lugar para se distanciar dos acontecimentos do mundo lá de fora, local do repouso. Além disso, é o local do autoconhecimento, que permitirá, ao mesmo tempo, um trabalho de experimentar e de representar o cotidiano (Bollnow, 2008). Habitar deve ser entendido também como uma condição de trabalhar, de se apropriar de um espaço que contém instrumentos espalhados no mundo para convertê-los em morada, sustento e proteção.

A construção de uma casa não poderia ser feita nos moldes de uma estética ligada ao narcisismo, quando cada um constrói sua habitação baseado no seu estilo de vida ou na excelência de uma ocupação e sem pensar em qualquer compromisso com a autenticidade, com a procura da verdade de si. Essa prática levaria tão somente à problemática de condutas individualizantes que, muitas vezes, interferem na relação com a cidade.

Habitar uma casa deve possibilitar ao sujeito habitar a cidade. A cidade é, segundo Lefebvre (2001), o espaço de ação do homem. É importante que essa ação de habitar a

cidade possibilite a apropriação das potencialidades dos territórios simbólicos (Santos, 2000). Essas potencialidades presentes no território simbólico são, na verdade, produtos coletivos em constante construção no qual se desenrolam as relações de poderes, as relações afetivas e os encontros com o outro. Apropriar-se do território e, conseqüentemente, de tudo aquilo que ele disponibiliza, possibilita a imersão num material fértil para a produção de subjetividade.

Nesse sentido, seria interessante observar o termo “geografia da subjetivação” (Ferreira Neto, 2011) para designar a melhor aproximação que poderemos fazer das teorias dialéticas dos estudiosos do espaço urbano, como Lefebvre e Santos, com a teoria foucaultiana de produção de subjetividade. Esse termo entende que o espaço urbano e a experiência da apropriação do território são vetores importantes para a construção de lugares para se habitar que, por sua vez, são suporte para a experiência da produção de subjetividade.

Para concluir, como vimos, construir uma habitação tem relação com o cuidado de si: quando o sujeito se ocupa em construir um habitação (casa), ele cuida de si para a criação de uma referência no mundo, um lugar que será a base da exploração de outros lugares, fora do espaço da casa (cidade), em busca de sua sobrevivência e de sua autocompreensão. O ato de explorar o espaço urbano propicia ao sujeito o encontro com o outro ao se apropriar de dispositivos presentes no território simbólico, que fundamentará a produção de subjetividade. Esse longo caminhar viria como um exame regular e sistemático do sujeito por ele mesmo. Seria como se o sujeito se transformasse no edificador de sua própria moradia, mesmo que esta fosse padronizada ou gerenciada por portarias governamentais³. A resolução ética, nesse sentido, aplica-se da seguinte forma: não é impor um estilo de morar, mas morar conforme seu estilo.

³ Como os Serviços Residenciais Terapêuticos, os quais veremos a seguir.

Capítulo 4. Desinstitucionalização Psiquiátrica: Cuidar da (Re)Construção de Espaços de Habitação para Possibilitar a Produção de Subjetividade

4.1 A Desinstitucionalização Psiquiátrica

A concepção de desinstitucionalização psiquiátrica que vou estudar neste capítulo tem suas origens nos teóricos da Reforma Psiquiátrica Italiana, ocorrida na década de 1960. Defendo que esse movimento reformista foi importante para a introdução da relação dos conceitos de espaço e subjetividade nas práticas de assistência psiquiátrica influenciadas por ele. A prática da desinstitucionalização psiquiátrica fundamenta-se, acima de tudo, no entendimento de que o hospital psiquiátrico não é um espaço adequado de habitação para o portador de sofrimento mental e propõe, como veremos, a construção de novos espaços de habitação para esses sujeitos que permitam novos arranjos para a produção de subjetividade.

Antes de aprofundarmos no estudo da desinstitucionalização, devemos perguntar: afinal, o que é instituição? Para Durkheim, é um conjunto de normas que regulam a ação social ou uma atitude suficientemente recorrente num grupo social (Abbagnano, 2007). Segundo Rotelli, Leonardis & Mauri (2001), no âmbito da saúde, a instituição é “um conjunto que liga os saberes, as administrações, as leis, os regulamentos, os recursos materiais, que estruturam a relação médico-pacientes” (p. 151).

Para esses autores italianos, a institucionalização do paciente se faz quando o médico, sem tomar consciência da relação de poder existente entre ele e aquele de quem ele cuida e sem tomar conhecimento das necessidades reais e singulares de uma pessoa, ocupa-se da doença e não, do doente. Ocupando-se de todas as necessidades que uma cadeia disciplinar exige, o médico se esquece de cuidar das necessidades do paciente, que

é visto e constituído pelo saber dele e por toda uma gama de práticas constituídas dentro da sociedade num determinado período, que lhe dá o poder de tratar o portador de transtorno mental dentro de uma lógica de confinamento. Nesse sentido, institucionalização psiquiátrica está diretamente relacionada a custódia, exclusão social e segregação.

Para Basaglia (1985), o trabalho dos profissionais da saúde mental deve ser realizado sempre visando a uma mudança na relação da doença mental com os espaços de confinamento, sendo a cidade o melhor espaço de produção de novos sentidos para a vida, possibilitando-se trocas afetivas, encontros com o outro e a possibilidade da autocriação.

A proposta de reforma da assistência terapêutica dada aos doentes mentais surgiu com mais efetividade na década de 1950, como consequência de denúncias feitas contra o asilamento, atos violentos e o isolamento social que sofriam os pacientes internados em grandes hospitais psiquiátricos. Além disso, existia na época um movimento social e de direitos humanos que exigia reformas mais profundas na assistência sanitária e à saúde. Iniciou-se, então, em alguns países europeus e nos EUA, nas décadas de 1950 e 1960, o processo de reforma psiquiátrica com o objetivo comum de reorganizar a assistência da saúde mental naqueles países.

Os processos de reforma que mais chamaram a atenção foram a Comunidade Terapêutica (Inglaterra), a Psicoterapia Institucional e a Psiquiatria de Setor (França) e a Psiquiatria Preventiva Americana. Tais movimentos de reforma psiquiátrica foram de fundamental importância para as reformas que se sucederam no mundo, porém atuaram mais no campo da desospitalização e tiveram pouco efeito na proposta de inserção do portador de transtorno mental em seu meio (Amarante, 1995).

Apesar de o sistema público de saúde mental do Brasil ter uma conformação vetorial mais próxima do movimento da Reforma Psiquiátrica de Setor, foi o processo de

reforma psiquiátrica na Itália que lançou um novo olhar sobre o conceito de desinstitucionalização utilizado em nosso país. Assim, a desinstitucionalização psiquiátrica, apesar de ser considerada por alguns trabalhadores da área da saúde mental como um conceito com viés ideológico, foi, na verdade, elaborada como uma prática, trazendo como consequência a importante interlocução entre dois conceitos caros ao campo da saúde mental: a produção de subjetividade e o espaço ou território.

Visando o entendimento do conceito/prática de Desinstitucionalização Psiquiátrica, usaremos como base o trabalho elaborado por Rotelli et al. (2001) para contrapor ao processo de desospitalização. A desinstitucionalização, segundo os autores, vai além do processo de desospitalização e é, como já foi dito, derivado da experiência da reforma psiquiátrica que aconteceu na Itália nas décadas de 60 e 70 do século XX. Estes autores esclarecerem que:

Desinstitucionalização em Psiquiatria tornou-se, na Itália, um processo social complexo, que tende a mobilizar como atores os sujeitos sociais envolvidos, que tende a transformar as relações de poder entre os pacientes e as instituições, que tende a produzir estruturas de Saúde Mental que substituam inteiramente a internação no Hospital Psiquiátrico e que nascem de desmontagem e reconversão dos recursos materiais e humanos que estavam ali depositados (p 18).

A negação do modelo manicomial como prática única no tratamento dos portadores de transtornos mentais, entendida como desinstitucionalização, propunha, assim, a criação de novos dispositivos para a assistência terapêutica e para a promoção da cidadania para as pessoas que necessitavam dos serviços psiquiátricos.

A palavra *desinstitucionalização* foi utilizada pelos vários sistemas de reforma da saúde mental, nos EUA e na Europa, no final do século passado, com diferentes objetivos, sendo que o mais utilizado seria um sinônimo de desospitalização. Nesse sentido, ela foi

praticada como um instrumento de redução de leitos, com a intenção de diminuir gastos governamentais com as onerosas internações psiquiátricas. Sabemos que a construção dessa organização foi fundamental para o deslocamento da organização da saúde mental para as estruturas terapêuticas extra-hospitalares. Porém, entendemos que os sistemas de saúde mental reestruturados não fizeram desaparecer as internações em hospitais psiquiátricos. O que podemos sentir realmente como consequência dessa política foi a diminuição do tempo da internação.

Ao mesmo tempo, a criação de novas instâncias assistenciais que abrigam parte da população que antes se destinava ao hospital psiquiátrico é também uma consequência, segundo os autores, da política de desospitalização praticada em muitos países. A desinstitucionalização entendida como desospitalização produziu, na verdade, uma *transinstitucionalização*, ou seja, uma passagem das internações do hospital psiquiátrico para casas de repouso, albergues, asilos.

Assim, os autores propõem a desinstitucionalização como “a reconstrução de todo o processo de transformação da instituição psiquiátrica que se desenvolveu ao longo de todos esses anos” para se evitar a transinstitucionalização. A desinstitucionalização propõe que o trabalho prático deixe de lado a busca pelo paradigma doença-cura e tente transformar os modos com que as pessoas são tratadas num conjunto mais complexo, e também cotidiano e elementar, de estratégias que enfrentam a doença mental como a “existência-sofrimento dos pacientes” e sua relação com o corpo social. Conseqüentemente, a desinstitucionalização passa a ser a reorganização e o processo crítico-prático de um conjunto de aparatos científicos, legislativos e administrativos, que está em torno da doença mental. Essa nova organização enfatiza não mais o processo de cura, mas o projeto de intervenção de saúde e de reprodução social do paciente.

A proposta seria, então, de uma produção de vida, de sentido, de sociabilidade,

com a utilização de espaços coletivos nos quais a cura pode estar incluída, porém, não será o único objetivo. Seguindo nesse sentido, Goulart (2002) entende que o grande legado que a psiquiatria italiana nos deixou foi a compreensão de que o encontro entre o paciente e o profissional da saúde só será possível se aquele estiver “livre” e se todos aqueles que se interessam em ajudá-lo se encontrarem no plano de liberdade e responsabilidade.

Portanto, na utilização dos espaços coletivos extra-hospitalares, onde acontecerão as práticas de cuidados de si oferecidos aos portadores de sofrimento mental, desenvolve-se um campo fértil para podermos estudar a importância da relação da subjetividade com o espaço.

Relevante lembrar que também nos espaços restritivos dos manicômios pode acontecer a relação da subjetividade com o território. Porém, não é essa relação que interessa a este estudo, pois a construção de tal espaço teve a exclusão como consequência e, segundo Foucault (1961), este é o local mais profundo da sujeição. Em “História da Loucura”, podemos acompanhar o estudo arqueológico do silenciamento que foi imposto aos loucos e sua consequente perda da vivência do cotidiano da cidade, da troca de afetividades que ali possam acontecer, da construção de si perante o outro no espaço da cidade. O objetivo desse livro é desenhar a lógica da produção do silêncio que foi imposta ao louco a partir de um discurso produzido na sociedade e reforçado pelo manicômio, que o colocava no local do anormal. Graças ao conceito de alienação - “distúrbio das paixões humanas, que incapacita o sujeito de partilhar do pacto social” (Torres & Amarante, 2001, p. 74) -, a loucura passou a ter, dentro dos manicômios, estreita relação com a estranheza, com a desordem, sendo sinônimo de erro. A alienação usou o isolamento como um ato terapêutico, dando à loucura o status de periculosidade e irracionalidade. O conceito de alienação também produziu um lugar para o louco afastado do pacto social e identificado com a patologização.

Castel (1991) também aponta isso, dizendo que, se colocado na condição de excluído, o sujeito silenciado (alienado) tem seu afeto e desejos desvalorizados, impedido de se manifestar ou mesmo de participar da produção da cultura, marcado, assim, como símbolo da incapacidade e inutilidade para a sociedade.

A inserção do pensamento da reforma psiquiátrica no campo da saúde pública trouxe-nos indagações teórico-conceituais que se concretizam na prática cotidiana dos serviços de saúde mental. Segundo Torres e Amarante (2001), a desconstrução do manicômio traz duas contribuições para a prática clínica: o sujeito deixa de ser dado (ou institucionalizado) e passa a ser algo produzido; e o conjunto de práticas clínicas passa a ser feito em novos espaços. Pode-se acrescentar aqui a criação de novos espaços de habitação para os portadores de transtornos mentais.

Seria interessante chamar a atenção aqui para o fato de que todo e qualquer dispositivo de assistência no âmbito da saúde mental, que tenha como pressuposto a teoria da desinstitucionalização, deve entender que o homem precisa ter a liberdade e instrumentos disponíveis para cuidar de si.

A respeito da criação de serviços que possibilitem aos portadores de transtorno mentais transitarem ou caminharem pela cidade, a desinstitucionalização psiquiátrica entende que todo e qualquer serviço de assistência ou amparo no âmbito da saúde mental deve ter esse viés. Nessa visão, os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT's) são as instâncias produzidas pela política de reforma psiquiátrica no Brasil que mais chamam a atenção por seu potencial de introduzir a relação do espaço de habitação com a produção de subjetividade. Assim, introduzirei agora o estudo dos Serviços Residenciais Terapêuticos, que são dispositivos com a finalidade de abrigar pessoas que viveram longos períodos de suas vidas morando em um hospital psiquiátrico.

4.2 Os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT's): (Re)Construindo Espaços de Moradia para ex-internos de hospitais psiquiátricos

Após o período de ascensão dos asilos, ocorrido entre 1880 e 1950, caracterizado pelo grande número de internos residindo dentro dos hospitais psiquiátricos, e seu declínio, ocorrido na Europa, na década de 1950, o terceiro período da história dos serviços de assistência em saúde mental iniciou-se na década de 1980. Este foi o momento no qual aconteceu a criação e a expansão dos serviços de assistência extra-hospitalar, que tinham o objetivo de melhorar a promoção e a assistência em saúde mental. A este último período convencionou-se chamar de Reforma Psiquiátrica (Vidal, Bandeira & Gontijo, 2008).

Os primeiros ventos reformistas sopraram no Brasil na segunda década de 1970, com várias denúncias feitas pela imprensa, motivando longos e fervorosos debates sobre a função terapêutica do manicômio. Outras denúncias, feitas pelos psiquiatras durante o 3º Congresso Mineiro de Psiquiatria, em 1979, apontavam a precariedade dos atendimentos aos doentes mentais, a violência praticada pela instituição psiquiátrica e a política privatizante de atendimento ao portador de transtorno mental.

A primeira e a segunda Conferência Nacional de Saúde Mental, realizadas em 1982 e 1992, respectivamente, aconteceram juntamente com a regulamentação do Sistema único de Saúde (SUS), na década de 1990, possibilitando a construção e a experimentação de novas modalidades de assistência em saúde (Vidal et al., 2008).

A proposta da criação de serviços extra-hospitais como principais componentes dos cuidados em saúde mental foram ratificados pela Declaração de Caracas, de 1990, em âmbito continental, e pela Lei Federal nº 10.216, de 2001. Ficou nítido que, no Brasil, novas e diferentes estruturas de atendimento aos portadores de transtorno mental deveriam

ser montadas. Segundo Tsu (1993), “isso, na verdade, era uma tendência mais ampla, em termos de hemisfério ocidental, que, a partir do término da Segunda Guerra, tem-se desenvolvido numa linha de progressiva desativação dos grandes manicômios em direção à difusão dos serviços extra-hospitalares e alternativos” (p. 23).

Como foi visto anteriormente, os serviços com características extra-hospitalares começaram a surgir no Brasil apenas na década de 1990. Em sua maioria, eram serviços localizados em grandes regiões metropolitanas, caracterizados por serem abertos e supostamente terem capacidade de atender à população de um determinado território que necessitasse de auxílio na área da saúde mental.

Segundo Scarcelli (2006), tem sido possível identificar ao menos três tipos de ações para transformar a assistência psiquiátrica no Brasil: a criação de redes ou modelos substitutivos aos hospitais psiquiátricos (CAPS, ambulatórios, leitos psiquiátricos em hospital geral, interface com o Programa de Saúde da Família, Residências Terapêuticas); legislação psiquiátrica brasileira; e a superação da cultura manicomial.

No âmbito da assistência hospitalar em psiquiatria, importa verificar que o quadro atual de números de leitos em hospitais psiquiátricos no nosso país é de cerca de 40.000 leitos, sendo que 13.500 mil (30%) são ocupados por pacientes com internação de longa duração (com mais de dois anos de internação), expressando-se o potencial de beneficiários com a criação de serviços residenciais.

Segundo a VII Conferência Nacional de Saúde (1980), o conceito de saúde é resultante de formas de organização e produção sociais e das condições de alimentação, habitação, ambiente, educação, renda, trabalho, emprego, lazer, liberdade, acesso à posse de terra e acesso a serviços de saúde. Quanto à habitação, no que implica a saúde mental, Piat, Lesage, Dorvil, Boyer, Couture & Bloom (2008) afirmam que a integração de portadores de transtornos mentais graves não é possível sem uma moradia adequada.

A Constituição Brasileira garante a saúde como um direito de todos e dever do Estado, a fim de resguardar, mediante a aplicação de recursos financeiros públicos, a promoção à saúde e reduzir os riscos de doenças e de outros agravos, possibilitando acesso universal às ações e serviços criados para isso. Para Cohen, Kligerman, Monteiro, Cardoso & Barcelos (2011), na agenda social de saúde do Brasil, para estar consonante com nossa constituição, deveriam estar incluídas promoções de habitações favoráveis à saúde. Estas habitações devem seguir as seguintes características: 1) ser refúgio físico; 2) ter entorno caracterizado pelo ambiente físico e psíquico, como área exterior à casa; e 3) ter uma comunidade e um grupo de pessoas caracterizado como vizinhança. Para os autores, essas seriam as condições fundamentais, que devem obedecer ao conceito de “habitação eficiente para uma vida saudável”, que influirá de modo favorável nos processos de restauração, proteção e promoção da saúde (Cohen et al., 2011).

No Brasil, segundo Wyler (2006), que estudou a vinculação da loucura ao espaço urbano, após a Proclamação da República surgiram medidas de cunho higienista para ordenar e controlar o crescimento das cidades. A Medicina, associada ao Urbanismo assumiu por certo período um caráter de interventores do corpo social. Na área da saúde, coube aos médicos higienistas identificarem e isolar aqueles que, de alguma forma, contradiziam a ordem social.

Foi nesse contexto de imposição de ordens nas cidades, com o objetivo de excluir tudo aquilo que se identificasse com a imagem da desordem, da sujeira e da subversão dos valores mais caros às elites, que surgiram os hospícios e as colônias brasileiras. Na verdade, sabemos que o primeiro hospício no Brasil surgiu em 1854, no Rio de Janeiro, mas a expansão desse tipo de hospital se intensificou no final do século XIX e início do século XX. Conseqüentemente, os hospícios, manicômios ou asilos foram os primeiros espaços de moradia criados pelo setor público, voltados exclusivamente para abrigar os

portadores de transtornos mentais. Essa prática, chamada de “asilamento”, predominou no Brasil até a década de 1990, quando o pensamento da reforma psiquiátrica começou a se fundamentar e se expandir em nosso país.

Já no final do século XX, foram criados os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT's), pensando-se na grande população de internos proveniente do asilamento, com objetivo de retomar os direitos fundamentais de cidadania dessa população.

Os SRT's surgiram no Brasil como uma forma de substituir e extinguir as chamadas “internações crônicas”, nas quais os pacientes, após internados, permaneciam dentro do hospital por toda a vida. Para Delgado (2006), as residências terapêuticas são o dispositivo estratégico mais importante no processo.

Os primeiros serviços residenciais no Brasil surgiram no Rio Grande do Sul e em São Paulo, bem antes da legislação específica. As primeiras experiências foram: “Projeto Vila Terapêutica”, implantado em 1987, na área hospitalar e, em 1992, em bairros residenciais, na cidade de Ribeirão Preto; “Pensão Protegida Nova Vida”, desenvolvida em Porto Alegre, em 1990. No Rio de Janeiro, em 1997, surgiu o primeiro Lar Abrigado vinculado ao Instituto Philippe Pinel (IPP).

Tais serviços não são caracterizados como um espaço de atendimento, devendo estar vinculados à rede de assistência local (Centro de Atenção Psicossocial, Programa Saúde da Família, centro de convivência, ambulatórios de saúde mental, Incubadora de Empreendimentos Solidários), com atendimento externo ao Lar. A equipe que nele trabalha tem o papel de intermediação entre o Lar e o local de assistência e seus profissionais e com a comunidade.

Os SRT's são subsidiados pela administração pública e regulamentados pelas Portarias GM/MS 106/2000, do Ministério da Saúde, que criou os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT's) como substitutivos do leito destinado à longa permanência, e a

Portaria GM/MS 1.220/2000 e GM/MS 3090/2011, que regulamentaram a implantação desses serviços.

Essas portarias denominaram as residências para egressos de hospitais psiquiátricos como serviços residenciais, sendo essa nomenclatura frequentemente questionada na literatura, pois se apresentam juntos dois termos: “serviço” e “residencial”, vinculando-se esses dispositivos a uma rede de saúde, mas, ao mesmo tempo, caracterizando-se como um recurso destinado à reabilitação e reintegração do paciente à sociedade, estimulando-o a viver o cotidiano da cidade e a conquistar o exercício da cidadania.

A legislação determina que a população internada por longo prazo seja retirada dos hospitais de forma planejada, conforme um projeto terapêutico individualizado e de acordo com as políticas de reabilitação psicossocial. Assim, criou-se o Programa De Volta Para Casa (Lei nº 10.708/2003), regulamentado pela Portaria nº 2077/2003, que tornou sustentável essa política, baseando-se em uma clínica responsável e dentro de projetos destinados à retomada da cidadania desses pacientes.

Esse programa destina, para cada egresso morador de um SRT, uma bolsa-reabilitação, no valor atual de R\$ 320,00, durante um ano, podendo ser renovada. Em casos de pessoas incapacitadas para os cuidados de seus bens, essa bolsa pode ser recebida por um representante legal.

O município que se interessar por participar do Programa De Volta para Casa (PVC), além de ter uma rede de assistência à saúde articulada, deve enviar um ofício ao Ministério da Saúde solicitando a sua inscrição e apresentando justificativa para a adesão. Após sua aprovação, o município tem um prazo de 30 dias para indicar uma referência técnica para acompanhar e implantar o Programa em seu território (Ministério da Saúde, 2003).

Os pacientes cadastrados pelos municípios habilitados no Ministério da Saúde

devem ser egressos de internação em hospital psiquiátrico ou hospital de custódia (hospital psiquiátrico judiciário) num período igual ou maior que dois anos, moradores de um SRT ou morar com sua família ou família substituta.

O Ministério da Saúde deve constituir uma comissão de avaliação e acompanhamento do Programa em cada município, que tem também a função de assegurar a implantação dos SRT's, conforme prevê a Portaria nº 2078/2003. Deve se constituir também outra comissão de acompanhamento, no âmbito estadual, com a função de excluir do Programa os municípios que não se estejam adequados ao exigido na legislação, bem como de renovar e emitir parecer de fiscalização da execução do Programa. Além disso, o controle social exerce também grande participação na fiscalização do Programa.

As três esferas de governo estão envolvidas no PVC. À esfera federal, cabem as seguintes atribuições: cadastrar os beneficiários do programa de cada município incluídos no PVC; organizar e consolidar os cadastros dos municípios inseridos no PVC; realizar monitoramento e avaliação; definir critérios de prioridade de inclusão de beneficiários por município; julgar recursos provenientes das esferas municipal e estadual; realizar o pagamento da folha aos beneficiários e constituir Comissão Gestora do Programa (Ministério da Saúde, 2003).

Já para a esfera estadual, a portaria atribui: acompanhar as ações do município inserido no PVC; confirmar o município como apto para ser inserido no programa; exercer o papel de articulador entre hospitais de custódia, tratamento psiquiátrico e o município, no que se refere à indicação de pessoas dessas instituições, aptas para se inserirem no PVC (Ministério da Saúde, 2003).

Finalmente, cabe ao município: acompanhar a situação de todos os beneficiários cadastrados sob sua assistência, por meio de senhas de acesso ao sistema de informação, que contém os relatórios dos beneficiários cadastrados; acompanhar as prévias de folhas

de pagamentos pela Caixa Econômica Federal, que dispõe de todos os créditos efetivados nas contas dos beneficiários.

O PVC prevê o acompanhamento dos beneficiários da bolsa por uma equipe multidisciplinar, de nível superior, com formação em saúde mental, além dos profissionais que conduzirão o tratamento clínico de cada um deles. A orientação é que um profissional seja responsável por 15 beneficiários e que as ações da equipe sejam baseadas na reabilitação psicossocial, devendo:

1. Estar apto a garantir o atendimento ao beneficiário em situações de crises, por solicitação do próprio beneficiário, de familiares ou do seu representante legal;
2. Visitar todos os beneficiários sob sua responsabilidade, assim como seus familiares (quando for o caso);
3. Mobilizar outros recursos assistenciais, sempre que julgar necessário.
4. Incentivar atividades coletivas de ressocialização - trabalho, cultura e lazer;
5. Sensibilizar e orientar pessoas e grupos, incluídos na rede social do usuário, objetivando integrá-lo, de forma satisfatória, ao convívio social;
6. Defender o exercício pleno dos direitos civis e políticos do usuário, incluída a discussão permanente dos limites da tutela, acionando, para isso, a assistência jurídica adequada;
7. Avaliar a provisão do apoio direto ao beneficiário pelo representante legal, se houver;
8. Submeter ao gestor municipal um relatório trimestral sobre o acompanhamento de cada beneficiário (Ministério Da Saúde [MS], 2003, p. 5).

Para se financiar todo o programa de desinstitucionalização, Oliveira e Conciani (2008) enfatizam a importância do artigo 2º da portaria nº 106/2000, que determina que, para cada paciente desinstitucionalizado, deve-se descredenciar o leito conveniado pelo

SUS e haver uma transferência ou realocação do recurso da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) correspondente para o orçamento do município, que se responsabilizará pela assistência ao paciente e pela rede de saúde mental.

Segundo o Portal da Saúde/SUS, existem no Brasil aproximadamente 596 SRT's, onde moram aproximadamente 3.236 pessoas. Seria necessária a construção de aproximadamente mais 1.200 novas moradias para abrigar todos os pacientes com potencial de morar num dispositivo como este, ou seja, 12.000 (30% do número de leitos psiquiátricos).

No SRT, moram entre 08 e 10 pessoas, que em sua maioria viveram pelo menos 10 anos em hospitais psiquiátricos. Esses serviços não têm o objetivo de asilar outros pacientes portadores de transtornos mentais que não tenham sustentação sócio-familiar adequada. É necessário que o morador tenha em sua história a permanência em instituições psiquiátricas há no mínimo 02 anos ininterruptos.

Carvalho (2001), em seu estudo sobre desafios à desinstitucionalização, apresenta três problemas estratégicos para os avanços do sistema de Saúde Mental. O primeiro é considerar a importância dos doentes mentais graves para o conjunto do sistema, pois eles representam uma pequena parcela, mas a sobrecarga de sofrimento e a necessidade de cuidados são enormes. O segundo, considerado o mais importante, diz respeito à carência de serviços na comunidade e relata uma estimativa de que, entre 30% e 50% das readmissões em hospital, poderiam ser evitadas, caso os serviços comunitários residenciais estivessem disponíveis. A dificuldade está em constituir um sistema integrado, acessível, efetivo e baseado na comunidade. E, finalmente, o terceiro, que se relaciona com a falta de continuidade dos cuidados. A falta de organização do sistema contribui para a prestação de cuidado fragmentado e episódico, trazendo como resultado o estresse e a recaída do paciente.

Na construção da passagem da vida dentro dos hospitais para a vida na cidade, outros desafios surgem e outras funções intermediárias de ligação e mediação são requeridas. A descontinuidade da vida experimentada dentro do hospital não pode ser anulada, com risco de uma desestabilização psíquica. É preciso, então, que os dois lados (as memórias e experiências nos manicômios e aquelas referentes à casa e à cidade) estejam paradoxalmente presentes para que a nova ligação seja construída e o trabalho psíquico requerido propicie transformação.

Para alcançar êxito, a desinstitucionalização tem como ponto imperativo a construção de serviços inteiramente substitutivos da internação em hospitais psiquiátricos. Questiona-se se isso é realmente possível, pois, como no resto do mundo, a reforma psiquiátrica no Brasil ainda convive com a internação. Na verdade, quando se desconstrói o hospital psiquiátrico, há a necessidade imperativa de responder à totalidade das necessidades de saúde mental de uma determinada população em seu próprio território.

Em setembro de 2004, foi assinada a portaria GM 2068, que institui o incentivo financeiro para o município implantar um SRT. Apesar disso, a implementação desses serviços no Brasil está sendo feita de uma forma irregular, variando significativamente em cada estado. Segundo Furtado (2006), estados com mais de 800 leitos psiquiátricos (como BA, AL, PB e SC) ainda não implantaram serviços residenciais. A região sudeste foi a que mais implantou, principalmente MG, SP e RJ.

Furtado (2006), usando da análise da lista de um fórum de discussão na internet sobre a Portaria 106/2000 do Ministério da Saúde, na qual participaram gestores do SUS, coordenadores ou assistentes diretos de SRT's e/ou autores de trabalhos acadêmicos, questionou quais seriam os condicionantes que limitavam a expansão das moradias no Brasil. Concluiu-se que, apesar do dispositivo SRT estar consolidado em várias partes do país, no plano de gestão e financiamento os maiores entraves são: o baixo envolvimento do

gestor local do SUS; redes municipais de saúde incompletas ou inexistentes; dificuldade de transformar as Autorizações de Internações Hospitalares (AIH's) extintas em autorizações de procedimentos de alto custo de SRT's. Quanto a legislação e normas, a principal dificuldade é a contratação de recursos humanos para o trabalho nos SRT's, devido ao impedimento contido na Lei de Responsabilidade Fiscal. Notou-se também que o baixo envolvimento dos profissionais de saúde mental merece ser mais estudado para se compreender seus determinantes e reverter a situação. Quanto aos entraves vistos pelo estudo no que se refere à sociedade, foram encontrados: a dificuldade de locação de imóveis para egressos de hospital psiquiátrico; refratariedade de alguns vizinhos aos SRT's; falta de campanha nacional sobre as mudanças na área de saúde mental. Outra dificuldade enfrentada pela política de desinstitucionalização é o receio e a falta de desejo dos pacientes de saírem do hospital.

Lobo (2004) realizou um diagnóstico de 30 SRT's no estado do Rio de Janeiro, nos quais encontrou 129 moradores, sendo a maioria (74%) do sexo masculino, na faixa etária de 50-59 anos (32,2%), egressos de internações psiquiátricas (92%) e que não recebem benefícios (63%). Durante a internação, apenas 52% recebiam visitas e 72% possuíam documento de identidade. A falta de recursos afetivos e a ausência de documentos básicos para exercer a cidadania só reforçam a angústia e o medo que esses pacientes têm quando se deparam com a saída para uma moradia.

Do ponto de vista clínico, a presença de delírios e alucinações em alguns pacientes desospitalizados não prejudica a aquisição das habilidades necessárias para viverem em comunidade. Porém, a falta de recursos terapêuticos que funcionem inseridos num serviço de saúde como um todo e a falta de sincronia entre o fechamento dos leitos psiquiátricos e a construção de novos dispositivos comunitários de saúde mental podem causar sérios prejuízos aos pacientes egressos de internações psiquiátricas, ocasionando sua

reinternação. A transferência de cuidados dos pacientes do hospital para ambientes menos restritivos requer métodos mais efetivos para ajudá-los a lidar com os sintomas psiquiátricos e manejar as exigências sociais e psicológicas da vida comunitária (Vidal et al., 2008).

Às mesmas conclusões chegaram Moreira e Andrade (2007), que apontam a necessidade de implantação de serviços comunitários diversos que contemplem não somente a articulação com os outros serviços de saúde já instalados pela esfera pública, mas também outras políticas públicas que garantam moradia, educação, emprego, trabalho, aos moradores dos SRT's.

Vasconcelos (2000), analisando o contexto do processo de desinstitucionalização na Europa, relata que as modalidades residenciais têm características diferenciadas entre si: (a) existem as moradias criadas nas acomodações antigas de hospitais psiquiátricos; (b) a reinserção de paciente dentro de casa em famílias adotivas; (c) moradias inseridas no espaço da cidade; (d) moradias construídas e mantidas por instituições privadas; (e) moradias integradas a um serviço aberto de saúde mental; (f) moradia em hotéis e pensões; (g) rearranjo de família de origem. A assistência a esses moradores baseia-se no princípio de adequar a moradia oferecida aos vários tipos de dependência e autonomia, variando desde o cuidado integral até a independência total do paciente em relação ao serviço de saúde mental.

O autor descreve uma experiência de desinstitucionalização acontecida na França, em 1980, quando mais de mil pacientes de um antigo hospital psiquiátrico foram viver em famílias adotivas na cidade de Aine-le-Chateau. Analisada por Jodelet, em seu livro “Loucuras e Representações Sociais” (2005), a experiência comprovou que a inexistência de serviços assistenciais e de recursos psicossociais direcionados à reinserção social dos pacientes, além do estigma sobre a figura do louco, dificultou o processo de retorno deles

ao cotidiano da cidade.

O atraso na implantação das residências terapêuticas também tem consequências para o processo de desinstitucionalização, visto que a importância estratégica deste dispositivo, para tornar-se realizável e seguro, é a redução significativa de leitos de características asilares, sendo a sua presença e solidez a marca de algumas experiências internacionais, especialmente na Inglaterra (Mosher & Birti, 1993).

Isso é o que tem acontecido, segundo dados da OMS (Moreira & Andrade, 2007), na maioria dos países da América Latina. Apenas 70% deles contam com uma política de saúde voltada para a reforma da assistência psiquiátrica, sendo que 50% possuem legislação específica para a área. Quanto aos serviços comunitários, 30% não dispõem desse tipo de atendimento e, nos outros 70%, abrangem uma parcela reduzida da população.

4.3 Os Serviços Residenciais Terapêuticos e sua Realidade em Belo Horizonte

Em Belo Horizonte, os Serviços Residenciais Terapêuticos surgiram em 2000, com a formulação do Projeto de Desinstitucionalização Psiquiátrica (PDP) pela Prefeitura municipal. Hoje, a capital mineira conta com 23 serviços residenciais, localizados em várias regionais, nos quais moram aproximadamente 200 pessoas, ex-internos de hospitais psiquiátricos da região metropolitana de Belo Horizonte. Até 2012, três grandes hospitais psiquiátricos da cidade tiveram seus leitos descredenciados pelo SUS, num total de, aproximadamente, 300 leitos.

A proposta dos Serviços Residenciais Terapêuticos de Belo Horizonte é a de trabalhar com pacientes que já tiveram internações longas e que perderam seus vínculos

sócio-familiares, ou mesmo com aqueles que, ainda que tenham referências familiares, não querem ou não serão recebidos por seus familiares. Além disso, trata-se de criar para os indivíduos oportunidades de estabelecerem relações diferentes daquelas do hospital, investindo na mudança da cultura hospitalocêntrica para a de uma residência, cujo funcionamento eles deverão gerir.

Farei posteriormente uma descrição mais detalhada das características e do funcionamento dos SRT's de Belo Horizonte. A partir de agora, iniciarei a descrição metodológica desta pesquisa, anunciando seus objetivos, instrumentos, locais de coleta de dados, análises e conclusões.

Capítulo 5. Metodologia

Fundamentada na noção de cuidado de si, o objetivo deste estudo é analisar a importância do espaço de habitação para a produção de subjetividade. Para tanto, esta pesquisa foi realizada em dois momentos diferentes. No primeiro momento, a pesquisa teve a duração de um ano (de dezembro de 2007 a dezembro de 2008) e aconteceu durante todo o processo de desinstitucionalização dos pacientes de um grande hospital psiquiátrico situado na região metropolitana de Belo Horizonte. Nessa parte, acompanhei a preparação da alta hospitalar de 20 pacientes que estavam internados há décadas e que seriam encaminhados para viverem em Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT's) ou com suas famílias.

Interessante lembrar que a política de desinstitucionalização realizada pela Secretaria Municipal de Belo Horizonte (SMSA/BH) começou no ano de 2000 e já acontecera em outros hospitais psiquiátricos da região metropolitana. Porém, este estudo ocorreu em um hospital psiquiátrico que foi criado na década de 1960, que possuía 207 leitos credenciados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e funcionava na região centro-sul da cidade. A média de permanência dos pacientes ali internados era de 24 anos.

A intervenção feita naquele espaço hospitalar foi voltada para a (re)construção de novos espaços de moradia na cidade, através da construção dos SRT's ou pelo retorno ao convívio familiar. Este seria, na verdade, um período de transição para esses pacientes, que sairiam do hospital para morar em casas no tecido urbano. Na verdade, esse foi um momento rico para se analisar como os moradores de um hospital psiquiátrico ocuparam-se na construção de uma casa, cuidando de seus futuros, e qual a consequência desta ação para suas vidas e suas subjetividades.

A segunda parte desta pesquisa aconteceu entre janeiro de 2011 e julho de 2012.

Neste momento, acompanhei dois SRT's que foram construídos durante a primeira parte da pesquisa.

A partir da afirmação feita por Saraceno (2001) e Torres & Amarante (2001) de que a Psiquiatria sempre teve como ponto central de sua ação a construção de um espaço para o louco morar e de que a política de desinstitucionalização psiquiátrica tem a pretensão de criar novos espaços nos quais o sujeito deixa de ser dado (institucionalizado) e passa a ser algo produzido, quero analisar se o SRT - entendido como o novo espaço de habitação - estaria propiciando a promoção de sujeitos singulares, através das práticas de cuidados de si.

Após relatar os objetivos de minha pesquisa, será descrita a metodologia usada para se chegar às minhas conclusões.

5.1 Objetivo

Analisar a importância do espaço de habitação na cidade para a produção de subjetividade de ex-internos de hospital psiquiátrico.

5.2 O Método

A proposta foi fazer uma pesquisa qualitativa, pois esta estará mais relacionada ao alcance do objetivo. Segundo Denzin e Lincoln (2006):

A pesquisa qualitativa é uma atividade situada que localiza o observador no mundo. Consiste em um conjunto de práticas materiais e interpretativas que dão visibilidade ao mundo (...), o que significa que seus pesquisadores estudam as coisas em seus cenários naturais, tentando entender, ou interpretar, os fenômenos

em termos dos significados que as pessoas a eles conferem (p.32).

Nesse tipo de pesquisa, objetiva-se captar valores, hábitos, atitudes, opiniões, crenças e representações específicas, dados por determinados sujeitos ao fenômeno, sem uma generalização. Para isso, devemos estar em contato direto com o sujeito ou colaborador da pesquisa, imersos em seu contexto de vida para a coleta de dados. Essas seriam as principais características para designar uma pesquisa como qualitativa.

Além disso, a pesquisa qualitativa utiliza-se de métodos múltiplos para a coleta de dados, como entrevistas, observações de campo e análise de documentos. Como pesquisadores qualitativos, buscaremos o envolvimento dos sujeitos na coleta de dados, que serão analisados fundamentalmente pela interpretação, incluindo a descrição de um cenário, o uso de categorias ou temas de análise para “se tirar conclusões sobre o significado, pessoal e teoricamente, mencionando as lições aprendidas e oferecendo mais perguntas a serem feitas” (Creswell, 2007, p. 186).

A formulação da metodologia qualitativa deste estudo está centrada na **observação participante**, considerada como uma forma de investigação social e que implica num processo longo que tenta compreender a evolução do comportamento de pessoas ou grupos e não num único momento (Whyte, 2005), além de trabalhar com uma ampla gama de fontes de informação.

Para Becker (1994) a observação participante é uma pesquisa qualitativa, com base antropológica, na qual o pesquisador coleta dados, participando do grupo ou organização, observando as pessoas e seu comportamento em situação de vida cotidiana. A vantagem desta técnica é poder acompanhar as experiências diárias dos sujeitos e apreender os significados que atribuem à realidade e às suas ações. A observação participante é uma antropologia descritiva que se dedica a descrever os modos de vida da humanidade através de uma atividade de pesquisa no terreno, com contato direto com o sujeito da pesquisa,

com um grupo ou sistema cultural. Possibilita também o acesso à complexidade e singularidade, que constituem a subjetividade, seguindo sua sistematização em formato de texto da experiência (Denzin & Lincoln, 2006; Creswell, 2007).

Whyte (2005) anota que a presença do pesquisador tem de ser justificada e sua transformação em “nativo” não se verificará, ou seja, sobre ele sempre haverá uma “curiosidade” quando não a desconfiança. Por isso mesmo o pesquisador deverá se afirmar como um elemento de fora e, quase sempre, o pesquisador desconhece sua própria imagem junto ao grupo pesquisado. Durante sua ação no campo de pesquisa, o observador terá seus passos sempre controlados e ele estará sempre sendo observado.

A observação participante implica em ouvir, escutar, ver e anotar. Assim, o pesquisador deve desenvolver uma rotina de trabalho cotidiano que muitas vezes se mostra repetitiva e de dedicação intensa, mas essa rotina é importante para gerar a confiança da população estudada (Whyte, 2005).

O pesquisador na observação participante pode, segundo Denzin & Lincoln (2006), assumir três tipos de postura: o participante total; o participante como observador; o observador como participante; e o observador total. Neste trabalho atuei como um participante total, pois me propus a participar de todas as atividades do grupo, desde o processo de desinstitucionalização até as atividades que aconteciam nos SRT's.

A observação participante para Angrosino (2011), por si não é um método de pesquisa, mas ela é um contexto comportamental a partir do qual um etnógrafo usa técnicas para coletar dados. A coleta de dados neste tipo de pesquisa é menos estruturada, pois não supõe qualquer instrumento específico que direcione esta observação.

Assim, buscamos em Geertz (2012), fundador da Antropologia Interpretativa, uma técnica de caráter etnográfico que contemplasse nosso campo de pesquisa, bem como o sucesso de nossa observação. Para Geertz (2012) toda pesquisa etnográfica, dentre elas a

observação participante, é essencialmente observadora, partindo de uma descrição a mais densa possível do significado de uma ação, indagando qual é a importância de sua ocorrência, sempre fazendo sua conexão com uma multiplicidade de conceitos complexos, muitas delas sobrepostas e, muitas vezes, atreladas uma às outras.

Cabe ao pesquisador das Ciências Sociais, continua dizendo Geertz (2012), situar-se para formular um texto antropológico como um empreendimento científico que procurará entender a cultura de um povo ou o cotidiano de um grupo de pessoas sem reduzi-la a uma particularidade, mas tornando-a acessível. A interpretação antropológica que se tem dessa atitude é a compreensão dos sistemas simbólicos que outros povos ou grupos apresentam através dos seus atos. Para Geertz (2012), os textos antropológicos são interpretações de segunda ou terceira mão (por definição, a interpretação de primeira mão cabe ao “nativo”), feitas pelo pesquisador que não tem acesso direto, a não ser marginalmente, e, por isso mesmo, devem ser feitas com a maior clareza possível para se compreender uma coisa.

O texto etnográfico será feito a partir das anotações das observações feitas no campo de pesquisa. Este texto também servirá para construir uma leitura do acontecimento, não apenas descrevendo o que acontece com exatidão, mas “inscrevendo” o acontecimento, transformando-o de um acontecimento passado em um relato que existe em sua inscrição e que pode ser consultado a qualquer momento. A descrição etnográfica deve ter quatro características, segundo Geertz (2012):

1. ela é interpretativa;
2. o que ela interpreta é o fluxo do discurso social;
3. consiste em tentar salvar o “dito” e fixá-lo em formas pesquisáveis;
4. ela é microscópica, pois pode associar assuntos extremamente pequenos do cotidiano, que ocorrem num espaço determinado, a grandes temas.

A Antropologia Interpretativa de Geertz (2012) entende que se deve atentar para não perder o contato com “as superfícies duras da vida”, ou seja, com as realidades políticas e econômicas dentro das quais os homens estão inseridos em todos os lugares. O único recurso que o etnógrafo tem para isso é olhar as dimensões simbólicas das ações sociais mergulhado nelas, colocando à nossa disposição as respostas que os outros deram, fazendo seu registro para consultas sobre o que o homem falou.

Para esse antropólogo americano, existe uma natureza humana tão maravilhosamente organizada como o universo de Newton. Porém, ele tem a certeza de que não existem homens que não sejam modificados pelos costumes de lugares particulares. Isso torna mais difícil traçar o que é natural, universal e constante no homem, bem como o que é convencional, local e variável. Alimentar a ideia de que a diversidade de costumes no tempo e no espaço não é uma questão tão simples, é também entender que a humanidade é tão variada em sua essência quanto em sua expressão.

Para André (1995), as pesquisas com caráter etnográfico, incluindo a observação participante, utilizam-se de um conjunto de técnicas para coletar dados sobre os hábitos, valores, crenças e vivências de um grupo social, bem como de um relato descritivo do emprego dessas técnicas. É fundamental para o pesquisador trabalhar dentro do campo da pesquisa, junto aos sujeitos, para produzir seu material de análise. A produção desse material será fruto de seu trabalho de observação dos eventos e das pessoas em seu ambiente natural. O tempo em que o pesquisador estará imerso nesse ambiente vai depender do objetivo da pesquisa, podendo durar de semanas a anos.

Entretanto, Geertz (2012) entende que esse conjunto de valores, hábitos, crenças, que serão descritos no diário de campo, são elementos da cultura, devendo ser entendidos como um conjunto de mecanismos de controle para governar o comportamento humano, e que o homem é o animal que mais necessita desses mecanismos de controle externos.

Assim, na perspectiva da cultura como mecanismo de controle, inicia-se o entendimento de que o pensamento humano é tanto social quanto público e de que pensar consiste num tráfego de símbolos significantes (palavras, gestos, desenhos, músicas, objetos) que têm como função dar significado à experiência humana, além de oferecer um apoio para o homem no mundo. Sem esses símbolos, o comportamento humano seria ingovernável, um caos de atos sem sentido, uma explosão de emoções.

Geertz (2012) também entende que foi a ação do homem sobre o espaço, utilizando objetos e instrumentos, além do apoio cada vez maior sobre os sistemas de símbolos significantes para a orientação e o autocontrole, que o fez criar um novo ambiente e se adaptar a ele. Mas o homem age nesse ambiente através de instruções codificadas em diagramas presentes na cultura.

O antropólogo americano se refere ao “estar lá” (no campo) e ao “estar aqui” (no escritório) como uma das vicissitudes pelas quais passa o pesquisador para relatar com riquezas de detalhes os “imponderáveis da vida real” (acontecimentos no cotidiano ricos de significado, como o cuidado do corpo, o modo de comer, o modo de sobrevivência, as relações sociais e de amizade) que criarão para o leitor uma imagem viva e humana de experiências diferentes das nossas.

Baseado em Max Weber, Geertz (2012) entende “que o homem é um animal amarrado a teias de significados” (p. 4) e que o método usado pela Antropologia para compreender seu objeto de pesquisa não deve ser um método experimental em busca de leis, mas uma ciência interpretativa em busca de significados.

Assim, o texto etnográfico deve relatar uma imersão que traduza uma experiência e dê forma a uma interpretação que possa ser múltipla, pois é inerente ao texto ter possíveis interpretações, visto que será lido por pessoas diferentes com visões e concepções de vida distintas.

Geertz (2012) também se alia a uma forma de análise aprofundada dos fenômenos particulares em vez de se render a análises mais generalizadas. Para isso, é fundamental que o etnógrafo não tenha uma relação dialógica com o objeto de estudo, mas sim um papel polifônico, baseado no diálogo, nas negociações dos significados das experiências dos sujeitos no campo. A experiência da vida do cotidiano no campo permite uma tensão contínua com a análise científica, ou seja, ao mesmo tempo em que se observa, se interpreta. Essa tensão deve “gerar um entendimento do significado de experiência enquanto processo de conhecimento, e não de simples vivência pessoal” (Caprara & Landim, 2008, p. 368).

5.2 Sujeitos da Pesquisa

A primeira parte da pesquisa aconteceu durante o processo de desinstitucionalização de um hospital psiquiátrico e envolveu 207 pacientes ao todo, mas este estudo acompanhou 20 pacientes, sendo 10 homens e 10 mulheres, com idade média de 44 anos.

Esses pacientes estavam internados naquele hospital, em média, há 21 anos, sendo que sete deles não tinham nenhuma referência familiar e eram considerados abandonados. Dezessete pacientes tinham como diagnóstico, dado previamente pela equipe clínica do hospital, segundo o Código Internacional das Doenças (CID), de esquizofrenia residual (CID F 20.5), sendo que uma paciente tinha o diagnóstico de retardo mental leve (CID F 70.0) como comorbidade. Quatro pacientes tinham o diagnóstico de retardo mental profundo (CID F 73). Todos faziam uso contínuo de medicação psiquiátrica.

Além de pesquisador, eu era um dos 15 técnicos da SMSA/SUS-BH para acompanhar o processo de desinstitucionalização. A escolha dos pacientes foi aleatória, sendo que cada um de nós deveria acompanhar um número aproximado de 20 pacientes,

de ambos os sexos, independentemente do diagnóstico e da idade, e que estivessem internados em leitos contratados pelo SUS.

Após o processo de desinstitucionalização, acompanhei os sujeitos que foram encaminhados para alguns SRT's. Na verdade, como profissional da SMSA, sempre acompanhei a dinâmica e o cotidiano dos SRT's. Os moradores sempre me convidam para suas festas de aniversário e almoços e nos encontrávamos em eventos, como o 18 de maio e a Semana de Arte Insensata. Além de ser Supervisor Hospitalar da SMSA/BH, realizo o matriciamento de equipes de saúde mental em Centros de Saúdes que são referências para alguns SRT's e, com frequência, visito seus moradores. Além disso, como eu era uma referência para muitos ex-internos do hospital descredenciado desde a época da supervisão hospitalar e estive presentes em muitos SRT's acompanhando a rotina das novas casas.

Daquele grupo que acompanhei durante a desinstitucionalização, 12 foram encaminhados para morar em SRT's. Destes, por afinidade, cinco foram morar em SRT a que chamaremos de “Casa Venda Nova” e dois foram morar no SRT ao qual chamaremos “Casa Pampulha”. Os outros cinco pacientes foram acolhidos em outras casas, sendo que um foi morar na “Casa Norte”; um foi morar na “Casa Santa Branca”; um na “Casa Santa Mônica” e outro, na “Casa Noroeste”. Uma paciente foi morar num SRT em sua cidade de origem.

Assim, em dois Serviços Residenciais Terapêuticos (Casa Pampulha e Casa Venda Nova), estavam 07 pacientes acompanhados por mim na primeira parte da pesquisa. Porém, no total, moram nos dois SRT's 19 pacientes. Seria impossível fazer esta pesquisa mergulhando no cotidiano apenas desses sete pacientes. Todas as minhas anotações e observações feitas durante a segunda parte da pesquisa foram dirigidas para a experiência de estar junto às casas como um todo. Seria impossível também estudá-los isoladamente, pois a convivência e as experiências que surgiram e foram observadas e anotadas afetaram

todos que estavam vivendo naquele espaço.

Os pacientes que serão citados nesta pesquisa tiveram seus nomes substituídos por nomes fictícios e foram capazes de decidir se queriam que suas experiências fossem descritas neste estudo, bem como foram capazes de assinar o termo de consentimento. Seria importante informar também que esta pesquisa foi submetida aos comitês de ética da Universidade Federal de Minas Gerias e da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

5.3 Local da coleta de dados.

5.3.1 O hospital psiquiátrico.

A primeira fase da pesquisa foi realizada dentro de um grande hospital psiquiátrico com características asilares, situado na região centro-sul de Belo Horizonte. Este hospital foi criado na década de 1960 para receber pacientes provenientes, em sua maioria, de outros hospitais psiquiátricos para internação de longa duração. No momento em que a pesquisa começou, esse hospital não tinha convênios com planos privados de saúde. Havia, naquele momento, 207 leitos conveniados com a SMSA/SUS-BH.

O hospital era dividido em 06 enfermarias, sendo 02 delas para pacientes do sexo feminino. Era um complexo composto de dois prédios verticais (chamados de prédio principal e prédio novo), sem espaços de áreas verdes, sendo ambos os prédios constituídos de 04 andares. Cada enfermaria tinha um saída para um pátio, que era separado por sexo. Esses pátios eram cimentados, cercados de muros, não permitindo a livre circulação.

Os pacientes que viviam no chamado “primeiro andar” do prédio principal, que correspondia à recepção do hospital, eram pacientes mais estabilizados clinicamente.

Apesar de não terem a permissão de saídas desacompanhadas, tinham acesso, através do portão, a uma mercearia fora do hospital, que os supria de café, balas, bolos, biscoitos e salgados. Para os outros pacientes, existia somente uma cantina dentro do hospital, onde podiam comprar, além de alimentos, material de higiene e beleza.

Poucos pacientes usavam dinheiro em espécie, com exceção dos pacientes do “primeiro andar”. A maioria anotava os pedidos num caderno para fazer o pagamento posteriormente. O dinheiro para o pagamento vinha das famílias ou, quando não tinham familiares, das assistentes sociais que faziam o acerto de contas diretamente com o dono do estabelecimento.

A grande maioria dos pacientes recebia algum benefício, seja através do Benefício de Prestação Continuada (BPC) e da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) ou aposentadorias da Previdência Social. Daquele grupo acompanhado por mim nessa pesquisa, apenas um paciente não recebia qualquer tipo de benefício.

Cada enfermaria do hospital tinha, em média, 40 pacientes. Para cada grupo de 40 pacientes deveria existir uma equipe composta por um psiquiatra, dois enfermeiros, um psicólogo, um terapeuta ocupacional, um assistente social e pelo menos 04 auxiliares de enfermagem. Esta seria a equipe mínima exigida pela portaria do Ministério da Saúde nº 251, de 31 de janeiro de 2002, que não era cumprida pelo hospital, sendo este um dos motivos que resultou no encerramento do contrato com o SUS.

Outro fator que motivou o fechamento do hospital foram denúncias, pela vizinhança do hospital, de maus tratos aos pacientes. Tais denúncias foram veiculadas em um jornal de grande circulação na cidade e corroboraram os relatos da Supervisão Hospital e Auditoria da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA/SUS-BH), que vinha acompanhando a situação precária em que o hospital se encontrava.

5.3.2 O serviço residencial terapêutico.

A segunda fase da pesquisa aconteceu dentro de dois SRT's: o SRT Pampulha e o SRT Venda Nova. O SRT Pampulha se situa na região norte de Belo Horizonte, numa rua tranquila de um bairro residencial. A casa é grande e arejada, com três quartos (uma suíte), um banheiro e uma cozinha conjugada com uma copa. Existe uma ampla varanda nos fundos da casa, além de um terreno no qual os pacientes, atualmente, criam uma cadela e cultivam uma horta. Ali, moram Rogério, Léa e mais sete outros moradores (Mônica, Zezé, Henrique, Cristóvão, Gaspar, Luciano, Maria⁴ e Bruno⁵).

Situada também na região norte da cidade, o SRT Venda Nova, desde 2009, teve dois endereços. O primeiro era uma casa ampla com três quartos, sala, copa e cozinha. Tinha uma garagem ampla onde os pacientes gostavam de relaxar e uma área pouco utilizada nos fundos da casa. Porém, no início do ano de 2011, esse SRT mudou-se para outra casa, com as mesmas características da primeira, e situada na mesma rua do SRT Pampulha. Ali moram, além de Márcia, Leocádia⁶, Carla, Joaquim e Auxiliadora, César, Ivone⁷, Marcos, Ivan, Paulo e Rui.

OS SRT's são coordenados por profissionais com formação em Saúde Mental (psicólogos e terapeutas ocupacionais) contratados pela SMSA, sendo que cada profissional acompanha, pelo menos, 02 SRT's. Em cada SRT, existem quatro cuidadores em regime de trabalho de 12/36 horas, responsáveis pelos cuidados dos pacientes (administração de medicação, alimentação, cuidados no banho para os mais dependentes). Eles também são responsáveis pela limpeza da casa, pela lavagem de roupas da casa e dos

⁴ Maria se mudou no final de 2011.

⁵ Bruno se mudou em 2010.

⁶ Faleceu no ano de 2011.

⁷ Chegou em junho de 2012, proveniente de outro hospital psiquiátrico.

pacientes e pelas compras feitas no supermercado (alimentos, material de limpeza).

As coordenadoras dos SRT's são responsáveis pelos cuidadores e pelos estagiários das universidades que estão em alguns SRT's. Elas também são responsáveis pela administração financeira das casas e pelas contas bancárias dos pacientes. Além disso, às vezes fazem a intermediação dos pacientes com seus familiares e com as equipes do PSF e do Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM).

Sobre o funcionamento das casas, em relação a suas rotinas, existem os horários de alimentação coletiva: café da manhã, almoço, café da tarde, jantar ou lanches. Também existem os dias para lavar e passar roupas. A limpeza da casa tem seu horário determinado por cada cuidador, mas também acontece de acordo com as necessidades do dia. Os horários de banho, passeio, visita ao médico ou psicólogo, visita ao centro de convivência ou outras tarefas dependem da preferência ou da agenda individual de cada morador.

Notei que alguns moradores lavam ou passam suas roupas quando sentem necessidade. Quando algum paciente não está na casa no horário estipulado para as refeições, pode fazê-las quando chegar a casa.

Todos os pacientes recebem algum auxílio financeiro (PVC, BPC-LOAS ou aposentadorias) e contribuem com R\$ 100 por mês para cobrir as necessidades da casa. O restante do dinheiro fica em uma pasta individual, da qual o dinheiro é retirado, de acordo com as necessidades ou pedidos dos pacientes.

Os dois SRT's, campos de minha pesquisa, são coordenados pela mesma profissional, que está nessa função há aproximadamente 02 anos. Os cuidadores, entretanto, estão, em média, há 03 anos trabalhando nas casas. A SMSA promoveu um curso de capacitação para todos eles, exceto um que não participou por já ter concluído o mesmo curso em outra instituição.

5.4 Instrumentos de Coleta e Análise de Dados

O programa de desinstitucionalização exigiu um processo cuidadoso, que respaldasse as altas hospitalares dos pacientes de forma responsável e de acordo com um Projeto Terapêutico Individualizado (PTI). Havia o entendimento de que a transição acontecesse de forma menos traumática possível para o paciente e seus familiares.

Esta pesquisa priorizou a produção de um material (diário de campo) que continha o relato de todos os momentos dessa experiência, utilizando variáveis descritivas (relatos, observações, interpretações) e partindo da hipótese de que a construção de novos espaços de habitação deve ser feita de forma cuidadosa, junto com os pacientes, ouvindo suas angústias com relação ao processo de alta hospitalar, seus desejos de “como morar”, “onde morar” e “com quem morar”. Esse diário de campo foi a base para a construção do texto etnográfico. Portanto, seria imprescindível deixar o sujeito falar de sua casa, seja a casa sonhada ou a casa imaginária (Bachelard, 2008), falar da moradia atual e de suas impressões sobre a cidade.

Antes de entrarmos na pesquisa propriamente dita, é importante descrever duas etapas que precederam a primeira fase de nossa pesquisa e que foram fundamentais para a constituição do nosso instrumento de pesquisa. A primeira etapa consistiu no entendimento de que cada paciente deveria ser acompanhado por um profissional (psiquiatra, psicólogo, terapeuta ocupacional ou assistente social) que coordenaria todo o processo de alta hospitalar. Assim, fui designado como um dos profissionais que teriam a função de construir um projeto terapêutico individualizado, partindo das etapas subsequentes que serão descritas abaixo, sempre tendo como finalidade principal a construção de um novo espaço de moradia para cada paciente. Este profissional seria também a referência da SMSA junto à equipe clínica do hospital.

A segunda etapa, definida como Estudos de Arquivos dos prontuários de cada paciente, buscou o entendimento da história de vida de cada paciente, os motivos de sua internação, o tempo de internação, sua procedência, a existência de familiares e suas relações com os seus responsáveis, situação previdenciária, o uso de medicação e sua capacidade de independência para as atividades de vida diária (AVD). As anotações feitas por este estudo foram importantes para fundamentar o tempo de desinstitucionalização de cada um, pois apontavam para o grau de dependência para AVD e de suas relações com colegas de enfermagem e com a equipe clínica do hospital. Além disso, essa etapa do processo foi importante para verificar a existência de familiares ou de outras pessoas que se responsabilizassem em acolher os pacientes em suas casas.

Na primeira fase da pesquisa propriamente dita, a minha ação foi de acompanhar os pacientes, não só em encontros no ambiente hospitalar como também em passeios pela cidade, na experiência vivida por eles aos conhecerem um SRT e no momento da alta hospitalar, com a ida definitiva para sua nova moradia. Baseada na metodologia etnográfica, essa ação se deu através da observação participante, com anotações sistemáticas no diário de campo.

As anotações no diário de campo diziam respeito, principalmente, às observações, opiniões, sentimentos, sensações e experiências vivenciadas pelos pacientes no momento em que eles estavam num ato de ocupar e cuidar de si com o objetivo de (re)construir um espaço de habitação.

Eu estava munido de um caderno para anotar observações e falas dos pacientes quando imersos no campo estudado. Muitas dessas anotações no diário de campo também foram frutos de encontros individuais ou em grupos com os pacientes, sem caráter de entrevista.

Portanto, a experiência da vida do cotidiano no campo de pesquisa me permitiu

formular um instrumento (texto etnográfico) no qual pude me guiar para analisar se o ocupar-se de si, no sentido da construção de novos espaços de habitação, “força” (Deleuze, 2001) o sujeito a questionar e produzir pensamentos e conclusões que serão fertilizantes para a produção de subjetividade.

Durante toda a primeira fase da pesquisa, que durou um ano, estive no hospital todos os dias, exceto feriados e finais de semana. Nenhum encontro foi gravado ou filmado, pois entendíamos que isso seria impossível devido ao grande número de encontros e ao desconforto causado aos pacientes.

As anotações no diário de campo foram exaustivas, considerando-se o grande número de encontros e as inúmeras dúvidas dos pacientes e de seus familiares quanto ao processo de alta. Assim, produziu-se um material amplo, dividido em anotações individuais para cada paciente.

Quanto à análise dos dados coletados, é importante lembrar que foi construído um texto etnográfico constando as diversas falas e vivências de cada paciente. Minha análise foi direcionada no intuito de capturar, no texto etnográfico, o cotidiano dos pacientes e suas interações sociais, buscando acessar a complexidade e a singularidade do significado de cada vivência individual.

Meu texto etnográfico foi uma tentativa de uma descrição densa da realidade vivida pelo pesquisador na interação com o ambiente e com os pacientes, procurando revelar a cena da vivência da forma mais fidedigna possível.

Quanto ao diário de campo, continha anotações das observações dentro do hospital, bem como dos passeios que os pacientes realizaram pela cidade. Esses passeios foram feitos em *shopping centers*, na Praça da Liberdade, no Parque Municipal, no Parque Mangabeiras ou em algum estabelecimento comercial no bairro em que se situava o hospital. Também foram feitas visitas às SRT's já em funcionamento em Belo Horizonte,

para que os pacientes conhecessem e observassem o cotidiano do tipo de moradia que lhes era proposta.

Os passeios foram feitos em grupos de 06 a 09 pacientes, em média, sendo combinados previamente com eles, consultando-se seus interesses pelos lugares a serem visitados. Foi interessante notar que a maioria tinha o Parque Municipal como um lugar de referência na cidade. O transporte era feito em um veículo cedido pela SMSA.

Como já ressalttei, eu trabalhava naquele hospital antes do processo de desinstitucionalização, como Supervisor Hospitalar da SMSA/SUS-BH, desde 2004. Minha função era administrativa, pois eu era um representante da SMSA no hospital, analisando as contas, verificando a estrutura física e zelando pelo bom atendimento clínico e de hotelaria dados aos pacientes ali internados.

Então, eu era um profissional que já possuía um contato prévio com a estrutura de funcionamento do hospital, bem como com muitos pacientes internados ali há vários anos. Também coube a mim certa referência aos técnicos da SMSA junto às equipes clínica e administrativa do hospital.

Como pesquisador e técnico, eu tinha acesso a todas as áreas do hospital e contato com toda a equipe clínica, sempre conversando com os funcionários e profissionais sobre o perfil dos pacientes de minha responsabilidade durante o processo de desinstitucionalização. Meu maior interesse era pelo grau de dependência nas atividades de vida diária e por seu quadro clínico psiquiátrico. Interessava-me também a frequência de visitas dos familiares e a qualidade dessas visitas, além de saber se os pacientes faziam visitas às casas de suas famílias ou qualquer outro tipo de saída do hospital.

Sabíamos que muitas informações colhidas nas conversas com os técnicos, principalmente com os auxiliares de enfermagem, não estavam registradas nos prontuários e seriam fundamentais para o entendimento do objetivo da pesquisa e do projeto. Os

esforços feitos juntos a eles nos ensinaram que alguns desses profissionais, mesmo estando sofrendo com a perda do emprego causado pelo fechamento do hospital, forneceram dados fundamentais, mostrando situações e acontecimentos que, após anotados no diário de campo, foram essenciais na construção do texto etnográfico.

Outros informantes privilegiados que enriqueceram o nosso texto etnográfico foram os familiares dos pacientes. As informações que nos chegaram através deles, coletadas em conversas individuais ou com os pacientes, foram, sem dúvida alguma, imprescindíveis para o trabalho.

Para sistematizar a análise dos dados, foram recortados do texto etnográfico, a partir das anotações no diário de campo, as seguintes categorias de análise: do hospital como espaço de habitação; da experiência vivida na expectativa de sair do hospital psiquiátrico (transição entre o habitar o hospital e uma casa na cidade); da experiência de (re)conhecer o espaço da cidade; e da (re)construção de um novo espaço de habitação (casa).

Para construir o diário de campo da segunda fase desta pesquisa, tivemos algumas perguntas como foco orientador. Mesmo acompanhando os SRT's desde janeiro de 2009⁸, as anotações no diário de campo começaram apenas em julho de 2011, após a qualificação e entendimento de que a metodologia usada na primeira parte também estaria em conformidade com os objetivos propostos nessa segunda fase. A meu ver, mesmo sem anotações do período de janeiro de 2009 e junho de 2011, isso não prejudicou as minhas análises, pois de alguma forma busquei os dados dessa época através dos cadernos de anotações diárias que existem em todos os SRT's.

Para chegar ao meu objetivo, as anotações no diário de campo seguiram algumas

⁸ Usarei também breves anotações que fiz entre dezembro de 2008 e janeiro de 2009, pois foi um momento importante para a pesquisa por descrever os primeiros dias dos ex-internos na nova moradia.

questões sempre fundamentadas na noção de práticas de cuidados de si:

- 1) Qual a apropriação que o morador faz do espaço da casa? O SRT é um ponto de referência para o morador? A partir do SRT, o morador explora o território e se apropria dele?
- 2) O morador conhece e desfruta dos dispositivos presentes no bairro e na cidade que favorecem a sua produção de subjetividade?
- 3) O morador é estimulado a participar de atividades coletivas fora do SRT? Há convivência com outras pessoas fora do ambiente do SRT (vizinhos, comerciantes, amigos)?
- 4) Como o morador cuida de sua casa?
- 5) O morador cuida das suas atividades de vida diária?
- 6) De que forma o SRT lida com as relações afetivas de seus moradores dentro e fora desse espaço?
- 7) Afinal, o SRT é um espaço terapêutico ou residencial?

Nesta fase da pesquisa, utilizei um diário eletrônico e escrito (caderno) em que, como na primeira fase, anotei os sentimentos, falas, experiências, interpretações, vivências experimentados por mim e pelos moradores, bem como familiares e cuidadores nesse período. Para sistematizar a análise de dados, recortei do texto etnográfico as observações mais importantes, baseadas nas perguntas que guiaram as descrições do diário.

Outra fonte de informações que utilizei para construir meu texto etnográfico foram os “cadernos de anotações do cotidiano da casa”, nos quais há anotações, observações e discussão de tudo o que acontece diariamente na casa. As anotações ali são feitas pelos cuidadores, pelos estagiários e pelos coordenadores de cada SRT. Esses cadernos têm grande importância para o acesso ao que aconteceu no passado dos SRT's, além de informar sobre cada morador individualmente. Pelos cadernos, pude ter acesso ao

cotidiano das casas, a agenda de tarefas que foram cumpridas pelos cuidadores, a programação dessas tarefas, além de saber como foi o dia de cada morador em especial.

As conversas que tive com os cuidadores, responsáveis da SMSA pelos SRT's, estagiários, familiares e com os profissionais que coordenavam cada SRT também foram fontes de dados para as anotações no diário de campo. Muitos acontecimentos e fatos os quais não presenciei ou não estavam bem descritos nos cadernos, foram relatados por eles, elucidando a compreensão e interpretação para a construção do texto etnográfico, bem como facilitando a análise dos dados.

Capítulo 6. Análise de Dados

6.1 O hospital é um espaço de habitação?

Noto que a grande maioria dos pacientes não gosta de morar em um hospital. Acham a vida ali monótona e muitos reclamam da falta de liberdade para fazerem atividades cotidianas quando julgam necessário. Mário, hoje, reclamou que não pôde tomar seu banho na hora que desejou, mas, em alguns dias, ele toma seu banho na hora que ele quer, mesmo que alguns enfermeiros achem ruim.

Carla reclamou que o pátio em algumas enfermarias é livre, mas que na sua, quando ela quer sair, tem que pedir autorização para as enfermeiras. Contou que, em alguns dias, tem vontade de sair em uma hora fora do horário pré-determinado, mas não sai porque as enfermeiras estão sempre ocupadas e não podem abrir a porta para ela. Pediu para eu interferir junto ao seu médico para mudá-la para uma ala com mais liberdade.

Todos os pacientes falam que a autorização para sair livremente da enfermaria e circular pelo hospital passa pela decisão do médico. Toda forma de saída do hospital é decidida por terceiros, incluindo aí também os familiares. Muitos têm desejo de visitar as famílias, mas dependem de eles estarem dispostos a virem buscá-los.

Rogério hoje reclamou que seu médico só vem vê-lo uma vez por semana e que isso o impede, às vezes, de sair para visitar o irmão. “Ele só vem me buscar se o meu médico deixar ou se o médico mandar ele vir me pegar”, relatou o paciente.

Leocádia contou que não sabe por que mora no hospital, pensa que isso não foi por sua vontade, mas que já cansou de pensar nisso e acha que não tem mais nada o que fazer. Como Leocádia, muitos pacientes parecem estar conformados com a situação de

morar em um hospital, mesmo contra suas vontades.

Marcos fala que está ali porque soube, através da irmã, que pessoas que já foram internadas, quando saem do hospital, podem matar outras pessoas. Questiono se ele faria alguma coisa com alguém se sáísse do hospital e ele responde: “Foi minha irmã que falou...”.

Os pacientes relatam que não gostam de morar dentro de um hospital. A maioria deixa claro que isso não é uma opção feita por eles. Alguns relatam que não estariam ali se pudessem escolher. Outros se mostram mais conformados e pensam que, se foi uma escolha da família, é porque é o melhor para eles.

Os pacientes que possuem referência familiar vivem um dilema: por que eles nunca vêm buscá-los definitivamente para morar com eles? Rogério pensa que o irmão é muito ocupado para cuidar dele. Mário sempre repete a fala da irmã que o coloca no lugar de uma pessoa perigosa fora do hospital. Quando perguntado se ele faria tudo aquilo que relatava, dizia que foi sua irmã que lhe contou as histórias. Leocádia dizia que não mora com sua irmã, porque a irmã sabe o que é melhor para ela e que fica satisfeita apenas em visitar a casa das irmãs algumas vezes ao ano.

A maioria faz referências positivas à equipe de enfermagem. Muitos têm uma ligação afetiva mais forte com determinados técnicos, que os convidam para visitarem as casas. Porém, todos reclamam que os médicos têm pouco contato com eles. Os pacientes sempre sabem citar os nomes dos profissionais que os atendem e sabem da grande influência deles no seu tratamento, principalmente no tocante às atividades que exigiam mais liberdade (sair da enfermaria fora do horário estabelecido, mudar para uma enfermaria com mais liberdade, sair para visitar a família).

Carla, após a morte dos pais, passou a receber uma aposentadoria. Por ser considerada incapaz de gerir seus bens e sua vida, foi necessário ser curatelada. Assim,

uma antiga auxiliar de enfermagem, com quem tinha mais amizade, se ofereceu para ser sua curadora. Esta funcionária pediu demissão após algum tempo, mas continuou na função de curadora de Carla. Ela faz poucas visitas à paciente, que precisa ligar constantemente para pedir dinheiro, mas nem sempre consegue fazer contato.

Joaquim diz que não gosta do hospital e que queria morar com a mãe. “Eu dei muito trabalho para ela e, por isso, minhas irmãs não me querem na casa delas”, fala resignado o paciente. “A comida daqui é horrível, ter que lidar com isso é muito sofrimento”, completa.

O hospital parece que tem mais uma função de abrigo. Poucos o têm como local de sua referência. Alguns poucos pacientes passam algumas datas festivas (Natal, aniversários) na casa de familiares e depois voltam para a internação.

A maioria dos pacientes que voltam para a clínica, após as visitas que fazem às suas famílias, diz que não gostaria de voltar para a internação, mas que essa decisão não passava por sua vontade. Eles sempre falam da casa de seus familiares como o seu local de referência. Apenas um paciente, Renan, nunca se dispõe a ficar todo o tempo combinado com a família. Diz que gosta de voltar para onde estão suas coisas e que não se sentia à vontade de dormir num colchão no chão do quarto da sobrinha. Fala que, na casa da família, “eles implicam com o meu cigarro. Aqui fumo quando quero”. Ele acha que o hospital é mais confortável, mas que gostaria de ter um quarto com um armário no qual poderia arrumar seus pertences, sem ter que trancá-los para ninguém mexer, como acontece dentro do hospital.

Os pacientes se organizam para conviverem com companheiros de quarto com os quais têm mais simpatia e afinidades. Há certo companheirismo dentro das enfermarias, sendo que eles sabem como é o jeito de ser de cada colega.

Os pacientes moram dentro de enfermarias com até seis camas, dependendo do

tamanho dos quartos, que variam em termos de conforto, conforme o prédio em que estão localizados. Algumas enfermarias são extremamente escuras e com pouca circulação de ar. O estado de higiene das enfermarias variava de acordo com o grau de dependência dos pacientes, sendo muitas delas sujas e mal cheirosas. A maioria dos pacientes não tem armários com chaves, poucos têm criados-mudos, ficando seus pertences geralmente numa sala à parte, sob os cuidados da enfermagem. Os internos preferem sempre estar no pátio, deitados, fumando ou apenas dormindo. As atividades da Terapia Ocupacional, desde o início dessa pesquisa, não acontecem mais.

As enfermarias do prédio principal, localizadas no primeiro e segundo andares, são mais confortáveis e mais limpas. Ali, residem os pacientes mais independentes, que têm mais liberdade de transitar pelo hospital. Alguns desses pacientes ajudam na organização e limpeza dos quartos. Todos eles têm seu próprio armário e criado-mudo, em que colocam seus pertences, como produto de limpeza e alimentos. Alguns guardam presentes que ganharam de seus familiares, muitos têm aparelhos de som, rádio, bonecas e até instrumentos musicais.

Nas avaliações dos prontuários, não existe nenhum projeto para o futuro da vida desses pacientes. Não apreciei nada que se referisse a um desejo ou sonho de determinado paciente que pudesse ser analisado e concretizado. A leitura dos prontuários, com a evolução do tempo de internação, ficava monótona, com anotações repetitivas e sem nada que remetesse a um projeto terapêutico que vislumbrasse a alta hospitalar.

Parece que tudo que já foi dito a respeito de um hospital psiquiátrico com características asilares bastaria para se compreender os efeitos da instituição total - que tão bem foi definida por Goffman (1996) e Foucault (1991) – para a subjetividade dos pacientes ali internados. Mas seria impossível pensar em construir moradias para esses pacientes sem levar em conta a moradia atual, ou seja, o hospital psiquiátrico.

Morar dentro de um hospital não leva em conta a singularidade do sujeito, pois seus desejos e vontades estão atrelados às normas e à ordem de funcionamento da instituição. A reclusão em espaços restritivos e sem liberdade impede a livre circulação tanto no estabelecimento quanto pelos territórios da cidade.

Dentro do hospital, existia uma relação de poderes bastante desequilibrada a favor da instituição, mas, como lembrou Foucault (2010), esse equilíbrio nunca tende plenamente para um dos lados. O pouco que restou dessa relação de poderes a favor dos pacientes foi usado por eles para dar um sentido melhor à vida de reclusão, fazendo amizades entre si e, em alguns casos, tendo relacionamentos amorosos.

A função de ordenar a loucura fez a arquitetura desse hospital gélida, sem graça e com linhas muito duras, ao contrário da maioria dos hospitais psiquiátricos distribuídos pelo Brasil, nos quais chamam a atenção as áreas verdes e a quietude bucólica dos lugares. Nesse hospital psiquiátrico, até a arquitetura desenhava a sua tutela.

A relação distanciada dos médicos, por um lado, dava a impressão de certo domínio sobre a singularidade do paciente e, por outro lado, também dava a dimensão da paternidade, daquele que sabe sobre o outro e que zela por ele. Essa relação domínio/paternidade é ratificada pela família, que se retira das funções do cuidado de si e dá ao outro o direito sobre a vida de seu familiar.

Ficou claro nesta pesquisa que a institucionalização, com seus dispositivos disciplinares, massacra a individualidade, desfavorece as práticas de cuidados de si e a singularidade do sujeito. A relação de poder sempre favorável ao discurso médico introduz uma prática de dominação cristalizada, reduzindo a liberdade do sujeito de entrar em contato com outros territórios que possuam outras relações de poder. Além disso, a normatizações da vida cotidiana impedem que o sujeito se responsabilize pelo cuidado de si, restringindo novas experiências e novas formas de se reinventar.

A caracterização do portador de transtorno mental como um sujeito perigoso foi mais um ponto que surgiu na minha análise, principalmente nas falas do paciente Mário. Essa forma de ver e representar o louco socialmente foi inaugurada pela ordenação do espaço hospitalar como local de punição e tratamento (Castel, 1991), no século XVIII, chegando ao nossos tempos de forma nada mascarada.

Concluí também que o hospital não se apresenta como uma referência de espaço de habitação para o paciente. Assim, ele não é um ponto de referência para a maioria dos pacientes, o que dificulta o caminhar pela cidade e, conseqüentemente, não lhe dá a sustentação psíquica para um retorno, fundamental para que elabore as experiências, angústias e questionamentos, tão importantes para as práticas de cuidados de si e para os processos de subjetivação.

6.2 A experiência vivida na expectativa de sair do hospital psiquiátrico.

O encerramento do convênio foi uma clara decisão política da SMSA/SUS-BH, atrelada à política de reforma psiquiátrica que acontece em BH desde a década de 1990. Tal processo envolveu, além da Coordenação de Saúde Mental e da Gerência de Regulação e Supervisão Hospitalar da SMSA, a Promotoria do Estado de Minas Gerais e algumas Secretarias de Saúde das cidades da região metropolitana de Belo Horizonte.

A expectativa de se extinguir o convênio do SUS-BH com a clínica trouxe angústia para todos os envolvidos no processo, desde os técnicos até os familiares e, principalmente, para os pacientes. Desde o início de minha pesquisa, apenas Rodrigo tem o desejo explícito de sair do hospital. Disse que não tem interesse em morar com seus filhos, que nunca foram visitá-lo e que, quando soube da possibilidade de ter uma casa, achou que essa seria sua oportunidade de sair daqui. Rodrigo só fez uma ressalva: gostaria de morar com seu companheiro de quarto, Cristóvão. Disse que foram internados

na mesma época e sempre se deram muito bem. Cristóvão está sendo acompanhado por outra colega da equipe da SMSA, mas também tem o mesmo desejo e, assim, a desinstitucionalização de ambos será feita em parceria.

O desejo da maioria é de morar com seus familiares. A possibilidade de não serem aceitos por estes lhes traz muita angústia, pois seria a confirmação de uma nova rejeição. Ana disse hoje que queria muito sair do hospital, mas que conversou com sua irmã, e ela está contra sua alta. Disse que não quer morar perto do cunhado e me pediu para interceder a favor dela junto à família. (...) Tive algumas conversas com a irmã de Rosa, e ela se mostrou, como a maioria dos familiares, muito preocupada por ter que receber sua irmã em casa. Falei da possibilidade do SRT, expliquei seu funcionamento e propus que ela fosse visitar um SRT junto comigo. Foi marcado um dia e horário. Ana também irá.

Mário é realmente o paciente mais angustiado com o processo de desinstitucionalização. A irmã se mostra muito receosa com a possibilidade de tê-lo em sua casa. Ela disse que não quer cuidar de Mário, porque já cuida de um filho com “problemas”. (...) Mário liga todos os dias para a irmã, dizendo que está sendo forçado por mim a fazer passeios e conhecer um SRT. (...) Sempre convido Mário para conversar ou sair do hospital, mas sua resposta é sempre a mesma: sua irmã não o deixa sair, e ele repete as histórias de assassinatos cometidos por pessoas que tiveram alta do hospital. (...) Chamei Mário para um passeio no Parque Municipal, e ele aceitou. Tivemos que esperar uma hora, dentro da Kombi, até que ele se arrumasse. Chegou com roupas novas e de banho tomado. (...) Durante o passeio, perguntaram para ele porque ele tinha decidido vir conosco e ele respondeu: “já que todo mundo sai do hospital, eu também tenho que sair um dia”. Chegou ao meu ouvido e disse: “não conta nada para minha irmã, viu?”.

Carla reclama muito de sua curadora que nunca aparece. Eu disse a ela que tenho tentado contato, mas sem sucesso. Carla fala que precisa de ajuda para decidir se vai

para a “casinha”⁹. Pergunto se ela mesma não poderia tomar essa decisão sozinha, mas se mostra confusa com sua alta. Parece que teme perder as únicas referências pessoais que tem, mesmo que estas não estejam tão presentes assim.

Rogério me pede para ligar para o irmão e conversar com ele a respeito de sua alta. O irmão de Rogério contratou um advogado para impedir judicialmente sua saída do hospital, e isso está atrasando seu processo. (...) Rogério está cada dia mais angustiado com a situação. Diz estar triste e que não sabe o que vai ser de sua vida e pergunta: “se o hospital fechar eu vou para rua? Dr. Renato, liga para meu irmão e fala que quero ir para as casinhas. Acaba com isso logo”. (...) Depois de muito tempo, o irmão de Rogério me ligou e combinamos que ele irá conhecer um SRT. (...) Após um ano, Rogério e eu conseguimos convencer seu irmão. Rogério irá para um SRT, mas terá que ir para um lugar que não escolheu e que não participou da construção, impedido pelas ações judiciais impostas pelo irmão. Noto que continua angustiado e cheio de dúvidas a respeito da rotina da casa, da continuidade da presença do irmão em sua vida. (...) O único desejo que Rogério conseguiu realizar foi ir para um SRT que se localiza na mesma regional da casa do irmão. Estar perto da casa do irmão garantiu-lhe um pouco mais de segurança para se efetuar a sua mudança de espaço de habitação.

Noto que o fechamento do hospital gerou expectativas em todos que trabalham no hospital, o que, de certa forma, contagiou os pacientes. Muitos auxiliares, na angústia de perder o emprego ou de se afastarem de seus pacientes “preferidos”, levavam informação sem fundamentos sobre o SRT. Foi interessante notar que os serviços residenciais passaram a ser chamados de “casinhas”, o que, para o imaginário dos pacientes, significava algo pequeno e sem conforto. Mário disse: “Estão dizendo que essas casinhas são muito ruins, que ninguém cuida da gente lá, não tem ninguém nem para dar remédio

⁹ Casinha era o nome dado pelos pacientes ao SRT.

pra gente”.

Vander tem medo de sair do hospital e voltar a beber.

Os pacientes que se dispuseram a ir para um SRT vivem outro tipo de angústia: saber com quem irão morar. (...) Carla, Leocádia e Auxiliadora decidiram que gostariam de morar juntas e que é necessário levar Márcia, porque ela precisa de cuidados. (...) Alguns pacientes dizem que sair do hospital seria mais fácil se soubessem com quem iriam morar. Essa pergunta, então, passou a ser feita a todos os pacientes.

Noto que os pacientes criaram naquele ambiente certo círculo de amizade que se formou durante todos esses anos de internação e que a ideia de perder mais um laço de afetividade gera muita angústia. Isso aparece principalmente naqueles que são abandonados ou que, mesmo tendo alguma referência, perderam os laços afetivos com seus familiares.

Os pacientes que mais sofrem a angústia da saída do hospital são aqueles que têm familiares presentes que não têm interesse em recebê-los de novo em suas casas.

Léa conta que seu lugar é a casa de seu irmão. (...) A resistência da família de Léa em acolhê-la prejudicou muito seu trabalho de desinstitucionalização, pois ela se recusou a participar de qualquer atividade que tinha como finalidade sua alta e, por esse motivo, foi a última do grupo a sair do hospital para um SRT, justamente o que ela menos queria. (...) Léa irá para um SRT com mais acessibilidade para portadores de deficiência física. Não participou do processo adequadamente devido à sua resistência. Ela queria sair do hospital para morar na casa do irmão, o que não foi possível. Acho que terá muitas dificuldades de adaptação no SRT.

Nilce é uma paciente com quadro delirante bastante produtivo. Quando chego para conversar com ela, permanece deitada, cobre-se com o lençol e evita contato. (...) Nilce disse que foi no hospital que conseguiu sua proteção contra a “maldade”. Ali está

protegida do mal e que eu quero acabar com sua vida tirando-a dali. (...) Ela me recebe aos gritos e não se interessa em conversar comigo sobre sua alta hospitalar. (...) Essa paciente sofre bastante com a possibilidade de “perder a proteção”. Noto pelas anotações em seu prontuário que houve uma piora no seu estado psiquiátrico e clínico nos últimos meses. (...) É necessário muita calma para trabalhar com outros atores, como a família, auxiliares de enfermagem e até outra colega de equipe que era mais bem acolhida por Nilce. (...) A desestabilização do quadro psiquiátrico motiva inúmeras modificações em sua prescrição médica, alterações no seu hábito alimentar e no seu sono. (...) Noto que ela aceita mais minha presença, após tantos meses, apenas quando consigo mais acesso a seu conteúdo delirante, através de conversas acompanhadas pela minha colega ou por sua irmã. (...) Nilce continua resistente à minha presença. Diz que não quer conversar comigo, que quero prejudicá-la. Só consigo bom contato com ela na presença de sua irmã, que não colabora muito porque está contra a saída da irmã do hospital. Noto que sua irmã não tem confiança no processo de desinstitucionalização e tem muito medo de ter que receber sua irmã em casa. (...) Como deixei meu telefone com a irmã de Nilce para conversarmos sempre que ela tiver alguma dúvida, eu recebo constantes ligações da irmã da paciente que relata de suas dificuldades na vida com o marido. Sempre tento acalmá-la, dizendo que Nilce só irá para a casa da família se esta estiver disposta a recebê-la. (...) Notei que o processo de desinstitucionalização deixou uma das irmãs de Nilce bastante angustiada e com tal grau de agitação, que foi necessário que eu pedisse a ela para procurar ajuda de um profissional em um centro de saúde. (...) Após um ano, conseguimos entender que, para Nilce, o processo de desinstitucionalização trouxe uma desestabilização psíquica e que isso só seria contornado criando-se outro ambiente de proteção, devido à angústia de sair de seu “quarto de proteção”. (...) Com o fechamento da clínica, Nice será encaminhada para outro hospital psiquiátrico, onde continuaremos

seu processo de desinstitucionalização. Durante todo este ano, a única coisa que consegui foi que ela aceitasse outro hospital como ambiente de proteção.

Fassheber e Vidal (2007) perceberam que o desejo do paciente de não sair do hospital assinala a diferença presente no cotidiano do hospital e de uma moradia. Muitas vezes, lidar com o novo gera inseguranças, consequência dos muitos anos de internação que levaram a um processo de perda de habilidades importantes e fundamentais para a vida em comunidade.

Esse processo foi estudado por Goffman (1996), que o descreveu como a “mortificação do eu” que se relaciona com a supressão dos traços comuns prévios, impondo desumanização e descaracterização próprias, humilhando, degradando, enfraquecendo e profanando a identidade dos internos, através de procedimentos tais como recolher, na entrada, os pertences pessoais e roupas, cortar os seus cabelos de forma semelhante, vesti-los com o mesmo uniforme e oferecer-lhes os mesmos objetos de cuidados pessoais. A segunda etapa consiste em controlar as atividades dos internos, manipulando comportamentos por meio de punições e elaborando horários e rotinas para a vida de cada paciente (horário para alimentação, para tomar banho, para ir para o pátio, para visitas).

No hospital, existe a força da rotina, da dependência, da imposição de horários, enquanto que numa residência as ações são mais livres e os cuidados com os objetos pessoais, a limpeza e a organização da casa muitas vezes ficam a cargo do próprio morador.

Segundo Goffman (1996), a angústia do internado quanto à liberação parece apresentar-se, muitas vezes, sob a forma de uma pergunta que apresenta a si mesmo e aos outros: ‘será que posso me sair bem lá fora?’ Essa pergunta abrange toda a vida civil, como algo a respeito do qual tem concepção e preocupações (pp. 66-67).

Podemos dizer que o espaço do hospital era apenas um local de proteção. Nilce, por exemplo, ficou por anos dentro do quarto, protegida da “maldade do mundo”. Interessante ver que o mesmo espaço que a protegeu não foi capaz de libertá-la de seu delírio e de seu sofrimento cotidiano. Um ano foi pouco para construir um espaço de moradia para Nilce. O máximo que ela conseguiu foi ir para outro espaço hospitalar para que se desse continuidade ao seu processo de desinstitucionalização. Possibilitar que Nilce falasse de uma moradia trouxe-lhe uma desestabilização psíquica, mas também permitiu que emergisse do delírio que a enclausurou, acessando, assim, o mundo exterior e o mundo dos outros sujeitos que há anos não percebia.

Nilce nos ensinou que o tempo do sujeito é diferente do tempo da política e que, para se fazer um processo de desinstitucionalização, deve-se levar em conta as possibilidades e os desejos de cada um. Vale salientar que outro paciente, Vander, não quis sair do hospital e, por isso, foi encaminhado, como Nilce, para outro hospital psiquiátrico, no qual o processo de desinstitucionalização continuou. Vander só aceitou ir para um SRT em 2012, quatro anos após o fechamento do hospital relatado nesta pesquisa.

Esses relatos apontam que o processo de desinstitucionalização pode durar muito tempo. A construção de novos espaços de moradia sempre traz aos pacientes algum tipo de angústia, mesmo entendendo que, para eles, o hospital não era o espaço de habitação. O processo fez ressurgir várias angústias: perder a proteção, perder os companheiros e os namorados, e saber que não serão novamente aceitos por seus familiares. Trabalhar tais angústias implicou colocar o sujeito para *ocupar-se* da construção de um lugar de habitação, ou seja, um lugar onde poderia entrar em contato com a liberdade do encontro e da factibilidade da vida, trazendo conseqüentemente o cuidado de si e dos outros.

6.3 A experiência de (re)conhecer o espaço da cidade.

Os passeios pela cidade foram feitos em grupos de até nove pacientes, por locais previamente decididos entre eles. Noto que os pacientes que há muito anos não saem do hospital optam por locais que eram suas referências na infância ou na adolescência. Assim, nesses casos, iremos ao Parque Municipal e à Praça da Liberdade.

Como os passeios são feitos em grupos, muitas vezes alguns pacientes conseguem ir aos seus lugares favoritos mais de uma vez.

Apesar de ser um número bem pequeno, existem aqueles pacientes que têm o costume de sair do hospital em visitas às casas das famílias. Para eles, os shopping centers são os seus locais preferido.

Os passeios aos locais públicos gera algum constrangimento para eles. Os mais falantes ficavam tímidos, e os mais tímidos ficavam ainda mais observadores. Porém, à medida que o passeio vai se desenvolvendo, os pacientes começam a ocupar os espaços com mais intimidade.

Os pacientes sempre se lembram de alguma passagem de sua vida relacionada aos lugares que visitamos (...) Auxiliadora disse que ia ao Parque Municipal na sua juventude para namorar e comer pipoca. Leocádia disse que acha que a cidade está maior do que no seu tempo de menina. Rosa disse que gosta da praça, porque sua casa ficava perto da praça principal de seu bairro.

Como estamos em um grupo maior, chamamos sempre a atenção de outras pessoas presentes nesses lugares. Muitos se aproximam para fazer perguntas a nosso respeito e alguns pacientes acabam contando um pouco de suas histórias para essas pessoas. Interessante foi notar que em nenhum dos lugares visitados ocorreu qualquer ação de impedir nossa visita ou algum ato discriminatório.

Os espaços livres da cidade sempre trazem lembranças da infância ou da adolescência. A maioria dos pacientes tem atitudes mais pueris e pedem ajuda para ir ao banheiro, gastam dinheiro em lanches e muitos fumam em excesso ou pedem cigarros para os transeuntes. Aqueles que têm o hábito de fumar guimbas de cigarros jogadas no chão devem ser mais vigiados. Os pacientes mais dependentes são auxiliados para comer seus lanches e sempre pedimos ajuda aos pacientes mais independentes.

Os parques e as praças foram os lugares que eles melhor aproveitaram, pois se sentiram mais familiarizados com o espaço. As lembranças do passado emergiram com mais facilidade e seus temores de morar fora da proteção do hospital foram, de alguma forma, amenizados.

O shopping center é o local com o qual eles mais ficam impressionados. Sempre se assustam com a grandeza do espaço. Joaquim achou o chão tão brilhante que pensou que aquilo era um espelho d'água refletindo sua imagem. As lojas de perfume e batons interessavam a todas as pacientes. Diziam que queriam comprar presente para as pessoas, mas se assustavam quando descobriam os preços das mercadorias. Nos quiosques de venda de óculos, escolher óculos para os companheiros foi uma verdadeira festa.

Os pacientes falam mais de seu passado quando estão em locais como as praças e os parques. (...) No parque das Mangabeiras, Joaquim nos contou como era sua casa na roça. Mostrou como tirava capim do mato e como se deve plantar mandioca e cana para fazer pinga. Rodrigo, diante de um lago de patos, disse que sempre criou patos no fundo da casa da avó e explicou com detalhes como fazer para se ter uma boa criação de animais dentro de casa.

O reconhecimento do espaço urbano motivou os pacientes a falarem mais de suas casas e de seu passado. Isso os estimulou também a falarem sobre a saída do espaço de

proteção do hospital, fazendo com que eles imaginassem uma casa mais perto da realidade do tecido urbano, mesmo sendo estranha aos seus olhos.

Nesse processo de transição, foi importante a aproximação com o espaço urbano, numa tentativa de ressignificação da posição subjetiva dos sujeitos, expondo-lhes novas formas de viver e de ver a vida dentro dos espaços livres e múltiplos da cidade, salientando, de alguma forma, que, em breve, eles estariam lidando com esse novo espaço. Assim, eles puderam experimentar a liberdade das praças e dos parques, mas também os espaços cheios de segurança e normas de um *shopping center*. Ficou claro que nos primeiros eles se sentiam mais à vontade, inclusive para falarem sobre si mesmos. Mas eles também se depararam com as reações de transeuntes que, de alguma forma, interessaram-se por vidas tão radicalmente diferentes das suas. Enfim, caminhar pela cidade possibilitou-lhes o emergir de memórias e desejos, bem como um retorno a eles próprios.

6.4 A experiência da (re)construção de novo espaço de habitação (casa).

Falamos em todos os nossos encontros a respeito da casa, seja a casa natal ou a casa sonhada. Conversar sobre a casa de origem - aquela de onde eles vieram antes da internação ou sobre a casa natal - trazia uma referência para a (re)construção de uma outra habitação. Devemos somar a isso os passeios aos SRT's para que eles conhecessem a realidade do cotidiano de uma moradia.

Durante nossas conversas, todos os pacientes traziam detalhes das casas de origem. Joaquim contou que sua casa era na roça, pequena e sem forro, porque na sua cidade não chovia muito.

Carla me contou sobre sua casa na favela. Disse que era uma casa pequena, com

telhas cinza e onde morava com os pais. Sua mãe era doente, e Carla sempre ficava em casa para cuidar dela. A casa ficava num beco e só tinha um quarto. Disse que queria voltar a morar lá, mas acha que a casa nem existe mais, pois seu pai já morreu.

Auxiliadora pede uma casa grande para morar com suas colegas de enfermagem. É interessante notar que todos falam que querem um quarto com armário para guardar suas coisas com segurança. Falam sempre em armários grandes e camas mais confortáveis. A comida também é um tema frequente quando falam da casa. Todos acham a qualidade da comida do hospital ruim e se preocupam em quem fará a comida para eles. Luiza se preocupa com suas roupas, pois são lavadas por sua família, e se perguntava como seria no SRT. Rogério e Rodrigo pediram banheiro com água quente. (...) Leocádia pediu que seu banheiro fosse separado do banheiro masculino.

Nas vistas aos SRT's, estimei-os a perguntarem mais sobre a rotina da casa: como lavavam as roupas, quem fazia a comida e quem arrumava a casa. A resposta na maioria das vezes vinha do cuidador, apenas alguns moradores davam maiores detalhes.

Um tema que começou a surgir após algum tempo, principalmente quando foram visitar os SRT's, foi o relacionamento amoroso. Soube que alguns pacientes já formavam casais com um longo tempo de relacionamento. Carla e Rodrigo me pediram para morar com seus companheiros. (...) Hoje eles conheceram uma casa onde morava um casal de ex-internos. Novamente, Rodrigo me procurou e pediu para morar com sua namorada, Maria. Eu disse que, se ela quiser, não haverá problemas.

O dinheiro não foi uma preocupação que surgiu enquanto discutíamos a casa em que iriam morar. Sabiam que, mesmo já tendo algum benefício, iriam receber uma bolsa chamada “de volta para casa”, mas isso não parecia ser uma preocupação. Apenas Rodrigo, que não recebia nenhuma pensão, teve a preocupação de conferir o valor da bolsa que iria receber.

Sobre a casa de origem, todos tem lembranças bem vivas. Até a Márcia me contou que sua casa era na “várzea”, perto do campo e da escola e que era “mais quente que aqui”. É interessante notar que, quando indagados como imaginam e querem que seja a casa onde vão morar, eles sempre têm como referência a casa natal. Joaquim sempre se lembra da casa na roça e diz que nasceu na roça e que quer morar na roça para plantar feijão. Mário queria voltar para a fazenda. Rosa queria uma casa perto de uma praça e Carla, uma casinha bem pequena.

Para Leocádia a imagem da casa onde morava, no interior de Minas Gerais, estava apagada. Lembrou-se de que trabalhou em uma casa como doméstica, na qual dormia num local muito quente e escuro. Pediu uma casa clara e com janelas grandes.

Grande parte dos pacientes se refere às casas do passado, seja a natal ou aquela última moradia, como um local agradável e seguro, mesmo sabendo que eram casas bem modestas.

As lembranças da casa natal não são tão confortáveis para outros pacientes. Luiza disse que sua casa era triste, porque sua mãe era alcoólatra e que gostaria de morar em uma casa que não tivesse bar por perto.

Auxiliadora repete que gostaria de morar num local onde pudesse levar suas colegas de enfermaria. Disse que já tem intimidade com elas e que elas poderiam dividir as tarefas de cuidar da casa.

Conversar sobre a casa revelava que os pacientes internados naquele hospital há tantos anos construíram relações de amizade que tinham medo de perder. Assim, começou a aparecer nessas conversas que todos os pacientes já tinham em mente as pessoas que queriam levar para morar com eles.

Francisco dizia que sua casa era cheia de fantasmas e, por isso, tinha que ficar dentro dela rezando para eles irem embora. Dizia que não queria morar sozinho e que

preferia morar no hospital.

O processo da desinstitucionalização psiquiátrica deste hospital teve também um caráter político e burocrático, pois houve um contrato entre os donos do hospital com a SAMSA/SUS-BH no qual o credenciamento dos leitos se faria no prazo de 12 meses. Isso trouxe alguns problemas para o processo, pois, devido ao aquecimento do mercado imobiliário, não se encontrava casas para serem alugadas na cidade. Portanto, a medida em que as casas eram avaliadas e tidas como propícias para moradia, eram imediatamente alugadas e imediatamente começavam-se os processos de reforma e compra de mobiliário. Assim, os pacientes não tiveram a oportunidade ímpar de escolher uma casa para morar e também não puderam participar das compras dos móveis que comporiam suas casas. Os pacientes ficaram impedidos de realizar na vida real a construção das casas que estavam construindo no seu imaginário.

Morar, como vimos através de Bachelard, nos remete a um espaço no qual podemos escolher e ter o prazer de construí-lo (no imaginário e na vida real). As lembranças das casas do passado eram de alguma forma uma orientação das características, como propôs Bachelard (2008), para a criação de uma casa real. É fundamental, a essa altura, a compreensão de que o sujeito, quando fala das casas do passado, está de alguma forma falando sobre ele e o seu modo de habitar. Ouvir o sujeito e anotar o que ele dizia sobre a imagem de sua casa (real ou sonhada, a casa natal ou a casa do futuro) nos colocava ativamente na construção daquilo que seria um espaço de habitação. Aquilo que Bollnow (2008) descreve como a centralidade do sujeito, o ponto de referência, um lugar no qual ele poderá retornar a ele mesmo e, a partir daí, explorar a cidade.

A construção da nova habitação se deparava com as demandas e exigências das políticas. Sabíamos que os SRT's tinham sua própria administração e cotidiano que muitas

vezes fugiam daquilo que muitos imaginavam que seria uma casa. Nesse sentido, o conhecimento prévio que os pacientes tiveram durante as visitas aos SRT's permitiu que muitos deles participassem da construção da sua própria casa mais ativamente.

Percebemos que essas visitas os estimularam a construir um espaço no qual se valorizasse a convivência com pessoas com quem tivessem algum tipo de relacionamento afetivo. Daí, surgiram pedidos de morar junto aos companheiros de quarto ou com seus/suas namorados/namoradas, o que lhes proporcionava certa sensação de bem estar e conforto e mais segurança para sair do hospital.

Não percebemos na fala dos pacientes que o hospital era o seu lugar de referência, como seria uma casa. Entendemos que o hospital era apenas um lugar de proteção. Bachelard (2008) defende que o espaço habitado é o ponto de partida da imagem que o sujeito faz de si. Porquanto a casa de origem ou a casa natal foi o ponto de partida para que os pacientes falassem deles mesmos e deixassem emergir o seu modo de habitar um espaço, as suas memórias de vivências passadas há tanto tempo caladas, e a possibilidade de um projeto de construir uma casa sonhada, que pertencesse ao futuro, teria suas origens em casas habitadas no passado.

A construção dessa casa teria uma função psíquica importante, que seria a de dar a eles sensação de estabilidade. Nas nossas conversas e passeios, os pacientes tiveram sempre a oportunidade de discorrerem acerca da nova realidade que se aproximava com o fim do hospital. O ato de ocupar-se com a construção da casa trouxe aos pacientes, além das memórias, a ressignificação do que é a habitação. Neste sentido, eles se ocuparam em imaginar com quem iriam morar, com quem dividiriam as tarefas de casa e como cada um estaria cuidando de si e, ao mesmo tempo, cuidando do outro.

Esses espaços de habitação que emergiam nos contatos com os pacientes, ao qual chamamos “casa do futuro, moradia ou habitação”, deveriam ser construções mais sólidas

que as casas do passado. Contudo, compreendemos que, em alguns casos, esse processo não poderia ser efetivado, mas era preciso permitir-lhes a oportunidade do devaneio do habitar. Além disso, era preciso (re)construir um local de referência ou de pertencimento. Esse lugar, segundo Bollnow, é aquele que permite ao sujeito voltar seguro após caminhar ao encontro de si mesmo e após percorrer os territórios do mundo, um local onde o sujeito repousa após cumprir alguma missão no mundo. O espaço de habitação também possui essa característica. O hospital definitivamente não cumpria tal função, sendo necessário um trabalho delicado para a (re)construção de novas casas, baseadas na singularidade de cada um. Então, conhecer um SRT e, ao mesmo tempo, expor as lembranças e representações de uma casa trouxe mais segurança à maioria dos pacientes nessa transição.

Infelizmente, os pacientes não participaram da construção e organização da casa real. Não puderam ajudar na compra de móveis e utensílios para suas casas. Esta experiência poderia implicá-los na experiência de estabelecer relações com os outros moradores, de pensarem na modificação que ocorreria no seus espaços físicos de moradia e dizer um pouco mais deles mesmos.

6.5 Breves notas sobre o resultado do processo para alguns pacientes.

Dos 19 pacientes que participaram desse processo, 11 foram encaminhados para os novos SRT's de Belo Horizonte e um para um SRT em sua cidade natal. Mário retornou para a casa da família, após longa negociação com outra irmã e um cunhado que se dispuseram a cuidar dele. Portanto, ele voltou a morar no interior, na fazenda da família. Já Renan foi morar com a mãe, que confessou que precisa resgatar sua convivência com o filho, perdida durante todos esses anos de internação. Nilce e Vander foram transferidos para outro hospital psiquiátrico, por suas vontades. Vander foi morar em um SRT em 2012

e Nilce continua internada.

Coube a Léa, que se recusou a participar do processo de transição, no final do prazo do contrato do credenciamento da Clínica com o SUS, escolher continuar internada em outro hospital ou ir para um SRT. Ela pensou por alguns dias e decidiu morar num SRT. Infelizmente, ela não pôde escolher o SRT onde gostaria de morar e nem seus companheiros de moradia.

Uma ressalva: dos quatro pacientes que tinham diagnóstico de CID F73, um foi transferido pela família para outra instituição asilar, em sua cidade natal, e três, por não conseguirmos construir SRT's destinados a pacientes com grande dependência para AVD, foram transferidos para outro hospital psiquiátrico¹⁰.

6.6 Conclusão da primeira fase da pesquisa.

Tínhamos a hipótese de que o hospital não é o local de habitação recomendado para nenhum ser humano. Entendíamos que, como escreveu Lefebvre (2001), o espaço de ação do sujeito é a cidade e, por isso, existia a certeza da inserção desses internos no tecido urbano. O termo “habitar”, que se refere tanto à casa quanto à cidade, foi por mim compreendido baseado na articulação do conceito de habitar dos filósofos Bachelard (2008 Bollnow, 2008; Heidegger, 1951). A ação de habitar compreende também a ação de ocupar-se em construir a habitação, este é em si também um ato de cuidar de si. Notamos que muitos pacientes, além de construir suas casas baseadas nas lembranças de suas vidas, construíram casas que possibilitavam o governo de si e o cuidado com o outro. Esta construção de uma casa que possibilita os cuidados de si articula-se fortemente com a ação

¹⁰ Até julho de 2012 ainda continuavam internados em um hospital psiquiátrico.

de circular do sujeito por territórios que propiciam os encontros com o outro, servindo imensamente de estímulo para a produção de subjetividade, uma vez que aponta também para a capacidade de recusar e aceitar as experiências do cotidiano em liberdade. Assim, ao sujeito é permitida uma ação no mundo, junto aos outros sujeitos, modificando seus discursos e tornando-se diferenciado.

Ao final da primeira fase desta pesquisa, pôde-se perceber que a desinstitucionalização é um processo que requer delicadeza. A mudança de um espaço físico que gera assujeitamento (manicômio) para um espaço com mais liberdade de ação, permitiu uma ressignificação da posição subjetiva dos pacientes. Alguns foram contra o processo, e outros tiveram seus quadros psiquiátricos agravados. Porém, a maioria fez a transição de forma tranquila, pois a ação de *ocupar-se* da (re)criação da casa trouxe aos sujeitos certa segurança durante a mudança. Assim, notei que, quando se dá ao sujeito o direito de participar e cuidar de seu projeto de vida, permite-se que ele construa sua habitação baseada no seu estilo de vida o que, de certa forma, lhe confere um sentido de pertencimento e referência no mundo, além de lhe dar confiança para enfrentar um novo futuro. Pode-se concluir que os pacientes que participaram de forma mais ativa do processo de transição tiveram menos angústias e menos quadros de desestabilização clínica durante todo o processo.

Conclui-se também que o Programa De Volta Para Casa tornou sustentável a política de desinstitucionalização, desenvolvida há mais de 10 anos no município de Belo Horizonte. Porém, esse processo não seria possível sem a constituição de uma rede de assistência de saúde mental bem constituída, que pode acolher e dar a continuidade ao tratamento desses sujeitos, bem como prover aos portadores de transtorno mental o processo do resgate da cidadania.

Pode-se concluir também que é fundamental dar ao sujeito a ser

desinstitucionalizado a possibilidade de participar da construção de sua casa de forma mais prática e ativa. Ou seja, é importante também convidar o sujeito a participar das compras móveis e utensílios da casa, pois estes instrumentos estão diretamente relacionados aos cuidados que sujeitos terão sobre si mesmos.

6.7 Da apropriação da casa como local de referência.

Na Casa Venda Nova, a chegada dos moradores gerou grandes expectativas entre nós. Alguns pacientes chegaram acompanhados de seus familiares, o que os deixou mais confortáveis. Os SRT's estavam preparados, com todos os móveis comprados. Os moradores chegaram com poucas roupas. (...) Carla queria muito ter mais roupas e disse que, como já tinha conhecido a casa antes da mudança, não estava insegura com nada [Na verdade, muitos pacientes conheceram suas casas antes da alta]. Alguns pacientes pediram para mudar as camas de lugar. Carla, Auxiliadora, Leocádia e Márcia já tinham se organizado para dormirem no mesmo quarto. Os homens tiveram mais dificuldade para se organizarem. Notei muita expectativa nas cuidadoras, pois a maioria ainda não sabia como lidar com os “ex-internos”. Foi preparado o almoço pelas cuidadoras e fizemos uma festa para comemorar a nova fase de vida deles. (...) Na Casa Venda Nova, um paciente, Rui, entrou em crise nas primeiras semanas após a internação e ficou em permanência-dia no CERSAM. Ele estava muito logorreico, dizendo que não queria mais a ajuda da irmã para gerenciar seu dinheiro e que queria cuidar de si sem a ajuda de ninguém. À noite, ficou insone, andando pela casa e não deixando os outros moradores dormirem. (...) Fui almoçar na casa, a convite de Leocádia, que me deu vários presentes (cheques escritos à mão, constando enormes quantias). Disse que os cheques eram em agradecimento por tê-la ajudado a sair do hospital e encontrar uma casa. Contou que está gostando de tudo, que tudo é “lindo”, mas que não está mais acostumada a morar perto

de homens. Exigiu um banheiro separado para as mulheres. (...) Márcia, muito timidamente, fica observando toda a movimentação. Peço para ela me mostrar suas roupas e fico surpreso com a arrumação de seu armário. (...) Os armários são os móveis que os moradores mais apreciam. Todos gostam de me mostrar seus novos armários. Notei que a maioria fica sem ser trancado. (...) Nenhum paciente se dispôs a conhecer o bairro. Alguns vizinhos vieram dar boas-vindas. (...) Poucas famílias vieram conhecer a casa nos primeiros dias, apenas a família de César e Joaquim são mais presentes.¹¹

Na Casa Pampulha, no dia seguinte à mudança, Rodrigo era o mais feliz com a casa. Estava morando com seu amigo e sua namorada, Jane. Jane e Rodrigo não irão dormir no mesmo quarto. Ele faz planos para arrumar a horta no fundo da casa. Léa está extremamente irritada com sua ida para um SRT. Disse que ali não é sua casa, que continua querendo morar com seu irmão. A casa Pampulha parece mais agitada que a Casa Venda Nova, pois alguns pacientes estão mais ansiosos e agitados. Luciano e Mônica foram atendidos pelo CERSAM devido ao quadro de desestabilização clínica. Luciano apresentou várias crises convulsivas e foi necessário ser internado em hospital clínico. Mônica ficou em permanência-dia no CERSAM. No primeiro mês, notei que em todos os novos SRT's houve urgências psiquiátricas ou clínicas, sendo necessário acionar o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) ou os CERSAM's. A Casa Pampulha me parece menos harmoniosa, pois muitos pacientes estão se desentendendo e os cuidadores estão tendo mais trabalho extra.¹²

Após meu retorno à Casa Pampulha, noto Léa mais gentil e acessível. Está mais delirante, fala muito dos santos e anjos que a protegem. Agora, fica todo o dia na cadeira

¹¹ A fonte do texto foram as observações e anotações feitas entre dezembro de 2008 e janeiro de 2009.

¹² Idem.

de rodas. Apresenta alucinações (para de conversar comigo e tenta escutar o que os anjos estão falando). Enquanto eu a ajudava com o almoço [maio de 2012], contou-me que ainda quer morar com seu irmão e que ali não é sua casa. Fala que não quer sair de casa, pois tem muitas dificuldades. Ainda continua guardando comida dentro do armário e terços dentro dos copos. (...) Sempre que os cuidadores tentam estimular Léa a ser mais independente, ela diz que quer ir embora e que precisa ser mais bem tratada. (...) Há, no caderno, muitas observações que relatam as dificuldades de se lidar com Léa. Parece que sua demanda por cuidados é infinita e isso atrapalha as tarefas dos cuidadores na casa e com os outros moradores.

Rodrigo continua feliz com a nova moradia, Casa da Pampulha. Conta que teve muitas dificuldades de conviver com Bruno, mas agora que ele se mudou as coisas estão ainda melhores. Ele é a referência da casa quando o assunto é compras: vai ao supermercado, faz as compras do mês, faz as compras diárias na padaria. Está sempre acompanhado de seu “fiel” amigo, Cristóvão. Nos últimos meses, trocou de namorada. Agora, namora Mônica. Apesar de não saber andar de ônibus pela cidade, ele vai a pé para a escola todas as noites, tendo se matriculado no programa do governo federal de Ensino de Jovens e Adultos (EJA). Quando algum morador precisa de companhia para ir ao Centro de Convivência, ao médico ou ao banco, ele sempre está disposto a acompanhar (sempre fazem o transporte de táxi). (...) Rodrigo é o mais tranquilo. Não reclama de nada. Encontrou uma cadela na rua e a trouxe para morar na casa. Além disso, cuida da horta que fornece verduras e frutas aos moradores. Gosta de sair pela vizinhança do bairro e conhece bem as principais ruas ao redor da casa. Tem a casa como sua referência. Fez um convite para eu almoçar, quando o encontrei na rua (eu estava visitando a Casa Venda Nova) “vai almoçar com a gente, lá em casa”. Fala muito da casa, diz que gosta de seu quarto, mas que não pretende se casar com Mônica. Fala

que recebe visitas da família de Mônica e que já foi, acompanhado de Mônica e da coordenadora da casa, à cidade da família de sua namorada para fazer uma visita. A integração de Rodrigo com a casa é total. É claramente perceptível, ao contrário de Léa, que ele tem o SRT como uma referência de habitação e, a partir dali, ele consegue se apropriar do território, fazendo da cidade também sua habitação.

Almocei com os moradores do SRT Venda Nova e eles gostam muito de receber visitas. A coisa que mais chama a atenção quando pergunto a eles quais são as suas observações a respeito da casa é o fato de dizerem que a comida da casa é bem melhor que aquela do hospital.

Conheci Bruno ainda quando ele estava internado no hospital, em 2000. Ele sempre estava na recepção e me pedia para conversar com sua família a respeito de sua alta. O processo de desinstitucionalização ainda não havia começado, mas Bruno sempre foi muito reivindicante e eu tinha que ajudá-lo constantemente a resolver algum problema dentro do hospital (pagamento da cantina, conversar com o irmão, mudança de quarto), participando de seu processo de desinstitucionalização. Bruno foi morar na Casa da Pampulha, mas sempre me disse que nunca gostaria de morar “numa casinha” e que seu desejo era voltar para a casa da família. Nunca se adaptou à casa. Há aproximadamente dois anos recebi, através da SMSA, a incumbência de resolver com Bruno o seu problema de moradia. Conversei com ele diversas vezes, inclusive pelo telefone, pois Bruno não queria morar mais no mesmo local que Luciano. Apesar de estar muito persecutório, sendo necessária a intervenção do CERSAM, entendemos que seria impossível a convivência dos dois juntos. Assim, foi proposto a ele morar em outro SRT, o que o fez ficar mais tranquilo. Porém, no novo SRT, após alguns meses, ele também teve problemas e me ligou dizendo que gostaria de voltar para a Casa Pampulha e que Luciano fosse retirado de lá. Nas conversas com Bruno, era perceptível que ele ainda não tinha

encontrado seu lugar de habitação, proteção. Estava muito delirante e reivindicante, pedindo para eu ligar para o irmão vir buscá-lo e que queria morar na casa da família. Isso era impossível, pois o irmão não tinha esse desejo. Em vários momentos, Bruno me pediu para mudar novamente de casa e deixava claro que não poderia voltar para um hospital. Novamente, mudamos Bruno de SRT, mas sem a ajuda da equipe clínica que o atendia no CERSAM e que direcionou seu trabalho para a construção de uma habitação para ele na cidade, ele não estaria mais adaptado, como agora, no seu terceiro SRT.

As amigas Leocádia, Carla, Márcia e Auxiliadora adaptaram-se perfeitamente ao SRT. (...) Carla, após a mudança de endereço do SRT, começou a sair mais de casa e ficou responsável pelas compras na padaria. (...) Eu acompanhei várias vezes Carla às compras na padaria. Vamos eu, Marcos e Carla. Carla compra os pães, anota o valor no caderno, enquanto Mário faz suas compras rotineiras de suco e bolo. (...) Mário tem a rotina de ir à padaria comprar sucos e bolos todas as tardes. Geralmente, vai sozinho, após avisar a cuidadora, que sempre o aconselha a fazer as compras de forma mais regrada. (...) Nos últimos dias, temos a companhia de Ivone, recém-saída de outro hospital psiquiátrico. Ela gosta muito de passear até a padaria e sempre compra pudim e cigarros. Sempre me convida para sair de casa.

Márcia, Leocádia e Auxiliadora gostam de ajudar na arrumação da casa. Principalmente Márcia, que lava roupas e varre a casa. Não gostam de passear pelo bairro, saem apenas na companhia das amigas para passeios programados pelos SRT's (zoológico, passeata do 18 de maio, exposições). Auxiliadora apresenta quadro progressivo de demência e, ultimamente, fica mais deitada, interagindo pouco com a casa.

César namora Carla, mas diz que não pretende se casar. Carla, por sua vez, disse que vai se casar com ele e irão morar num mesmo quarto, dentro da Casa Venda Nova. Ela diz que sente ali como sua casa e que não precisam morar sozinhos. César só fica

deitado em sua cama e interage pouco com o cotidiano da casa. Carla sempre vai até a sua cama cobri-lo à noite, faz seu prato na hora do almoço e prepara seu lanche. Ele retribui dizendo: “obrigado, minha gordinha”. Carla tem ótimo relacionamento com a mãe de César, que faz visitas semanais à casa. (...) Perguntei a Carla se aquela era a casa que tinha vontade de morar. Ela falou novamente da vontade de casar e morar com César no mesmo quarto. Perguntei sobre a casa de sua família, e ela não fez nenhuma observação. Disse apenas que a casa atual estava boa e que tinha que pensar que ali é melhor que o hospital.

Nas duas casas, há moradores com pouco contato com o território do SRT. Existem pacientes que quase não saem, mesmo com estímulos constantes dos cuidadores, têm, em sua maioria, o diagnóstico de retardo mental.

Todos os pacientes têm uma equipe de referência (psiquiatra e psicólogo) para seu tratamento, seja no centro de saúde ou no CERSAM. Todos vão às consultas acompanhados pelos cuidadores.

De uma forma geral, todos pensam que o SRT é melhor que o hospital. Os motivos são diversos e subjetivos: maior liberdade, comida melhor, um armário individual, um lugar mais tranquilo e, segundo Rodrigo, “um lugar onde posso receber os outros”. Exceto para Léa e Bruno, o SRT não parece ser um local de referência. Eles ainda têm a esperança de viverem com suas famílias. (...) Sempre que me refiro à casa natal, eles abordam o assunto como antes. Joaquim é aquele que ainda conta com mais detalhes sobre a casa em que nasceu. Ele me falou: “parece com o fundo da casa do Rodrigo¹³, com um quintal bem grande para plantar”. A casa natal continua sendo uma referência, mas, ainda para muito poucos, como um ponto de partida para a construção de uma casa futura.

¹³ Casa Pampulha, que se situa na mesma rua.

Como Heidegger (1951) nos mostrou em “Construir, habitar, pensar”, construir faz parte da habitação, não como uma organização da engenharia ou da arquitetura, mas como uma preocupação que dá ao ser e ao sujeito condições de viver em segurança em um lugar onde possa se sentir pertencendo a ele. Habita-se na medida em que se constrói, não o contrário (Heidegger, 1951). Assim, foi possível notar que, por exemplo, Carla, Marcos e Rui, enquanto foram construindo um lugar de habitação, foram também se apropriando dos espaços fora da casa e explorando a cidade. Carla e Rui - como descreverei mais adiante - foram os únicos que falaram sobre a construção de outro local de habitação para o futuro, após a passagem pelo SRT. Fica claro nos relatos que Carla, por exemplo, além de construir um espaço de referência para cuidar de si, também construiu um espaço que possibilitou a ela cuidar de seu namorado e dos outros colegas da casa.

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. Mesmo que não tenham conseguido ainda explorar com mais propriedade a cidade, eles mostram que o SRT pode ser uma referência futura para o início dessa exploração.

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's) tiveram menos desestabilização do quadro psíquico. Chamou-nos a atenção como Léa se destacou do grupo na sua angústia e tristeza por ter ido para um lugar que ela não cuidou para construir e que não tinha significado para ela. Parece que o fim do hospital era como se fosse sua última chance de voltar para sua família. Tanto para Léa quanto para Bruno, o SRT não é definitivamente o ponto de referência para a construção de algo maior na relação com a cidade e o outro. Baseado em Bachelard (2008), pode-se dizer que lhes faltou o trabalho ativo da construção de uma habitação que avançaria desde as imagens da

casa natal, passando pelo devaneio da casa sonhada, e se finalizaria numa sólida casa possível para se habitar. Faltou a eles o trabalho de ressimbolização de seus espaços de habitação, como foi dito por Goffman (1996).

6.8 Habitar a casa e o território.

Após a mudança de Bruno, Rodrigo ficou mais à vontade para assumir algumas obrigações de organização, principalmente as compras da casa, e começou a frequentar o EJA à noite. Além disso, ele acompanha outros moradores, Henrique e Zizi, para atividades psicossociais no bairro. Eles vão de táxi. Ele também os acompanha às consultas médicas.

Os passeios planejados pelos SRT's quase sempre não estimulam alguns pacientes, mas a maioria está presente nos movimentos para fora da casa. Esses passeios acontecem na regional em que os SRT's estão inseridos. Os moradores interagem com o ambiente de forma bem mais corriqueira do que no início do processo de desinstitucionalização, dizem que gostam dos lugares, contam histórias, mas não parecem ter pressa em voltar para casa. Apenas César e, atualmente, Auxiliadora nunca acompanham o grupo da casa Venda Nova. Na casa Pampulha, os passeios são mais raros, mas, quando acontecem, apenas Léa não comparece.

Os pacientes vão às consultas e ao centro de convivência de táxi. Apenas Rui vai sozinho. Rui, após um período de desestabilização do quadro clínico, reivindicou ir às consultas no CERSAM sozinho. Atualmente, sai de casa cedo e só volta à tarde. Costuma ir ao CERSAM e ao centro de convivência para passar o dia. Vai sozinho e sempre de ônibus. Sua ocupação atual é conseguir que sua curatela seja anulada. Assim, comparece com frequência ao Ministério Público (MP), onde abriu um processo pedindo que sua

pensão e sua vida sejam administradas por ele. Conta que não confia em sua irmã e que precisa do dinheiro para morar sozinho. Pretende morar em um apartamento no centro da cidade. Sempre pede para eu ajudá-lo nesse plano. (...) Rui conseguiu uma audiência junto ao MP para cancelamento de sua curatela. No dia da audiência de Rui, o novo cuidador não o deixou sair sozinho. Rui ficou muito triste e angustiado. Terá que ir novamente ao MP para pedir nova audiência. (...) Rui, além de conseguir nova audiência, fez uma queixa formal ao MP contra o SRT, alegando que foi privado de sua liberdade de sair quando quiser da casa (...) Aconteceu um processo contra o SRT, e a casa recebeu uma visita da equipe do MP para verificar se a casa tem aparatos que cerceiam a liberdade dos moradores (...) Hoje, conversei com Rui sobre o acontecimento. Ele alega que precisa do dinheiro para poder viver sozinho e que foi prejudicado e por isso fez a denúncia

Nas duas casas, de uma forma geral, há pouca interação com a vizinhança. (...) O vizinho da casa Venda Nova me perguntou se sou o médico que cuida dos moradores. Expliquei a ele minha função e perguntei a ele se conhecia o SRT. Ele informou que achava que ali fosse um asilo. Contou que não tem problema nenhum com os moradores e que só conhece o Mário, que está sempre do lado de fora.

Carla fez amizade com uma vizinha, que ficou sensibilizada com a sua história. No dia de seu aniversário, pediu para a vizinha uma boneca de presente. A vizinha levou o presente, uma boneca bem grande, que Carla guarda com muito cuidado numa caixa.

O SRT, para Rui e Rodrigo, tem uma função de “lugar a que pertencem” como chamou a atenção Bollnow (2008). Esse centro organizador que é construído pelo sujeito é fundamental para sua saída (explorar a cidade, trabalhar, estudar) e para o seu retorno (descanso, abrigo, proteção). A ação de ir e vir é essencial para o ser humano (Bollnow, 2008). A casa possibilitou a Rui uma estabilização psíquica, pois, a partir da ação de

habitar uma casa, ele pôde construir um novo projeto de vida: conseguir sua autonomia e, a partir daí, construir outro local de habitação onde poderá viver sozinho, numa cidade de sua escolha.

Para Rodrigo, o SRT é a realização de um sonho antigo. Ele assumiu funções de administrador da casa, adotou uma cadela, namora uma companheira de moradia, cuida da horta e também conseguiu voltar aos estudos, projeto que sempre almejou. A forte identificação de Rodrigo com o SRT permite-lhe o cuidado de si e o cuidado com o outro. Permitiu também a ele caminhar pelo território, buscando construir novas identificações e instrumentos para a realização de suas ambições (aprender a ler e escrever). Rodrigo encontrou neste caminhar a forma de apropriar de dispositivos que existem no território para satisfazer suas demandas e desejos. Aquele território simbólico sobre cuja existência Santos nos advertiu foi o que Rodrigo se apropriou de forma bastante clara.

O caminhar de Rui e Rodrigo pelo território abre espaços e possibilidades de encontro com o outro, produzindo efeitos na maneira de viver dos moradores. Cada um, com sua maneira peculiar, produziu práticas de cuidados de si. Rui, quando impedido de lutar por sua liberdade, buscou no Ministério Público ajuda para garantir seus direitos de cidadão livre, tão evocado nos serviços assistenciais da Reforma Psiquiátrica. Rodrigo, enquanto faz seus planos para o futuro, cuida da casa e ajuda seus colegas a circularem pela cidade, confirmando o que Foucault (2010) ressaltou: só quem cuida de si pode ajudar o outro de cuidar de si.

Esses dois moradores são exemplos que reforçam a ideia foucaultiana de que cuidar de si implica uma relação íntima com o outro e a cidade. Mas podemos ir mais longe: as práticas dos cuidados de si se relacionam com o cuidar do outro e também com o ocupar da construção de um lugar de referência para se habitar (a casa), a partir do qual se pode habitar a cidade. Habitar a casa e a cidade foi fundamental para Rui e Rodrigo

encontrarem novos dispositivos sociais que os auxiliam a produzirem práticas de cuidados de si que são materiais que estimulam a produção de subjetividade.

Quanto à vizinhança, não existe nenhum conflito, como sempre se pensa quando vamos inaugurar algum SRT. O bairro no qual estão esses SRT's é de classe média, sendo que a maioria dos habitantes estão trabalhando nos dias úteis, com ruas calmas e pouco trânsito. Os funcionários da padaria, por exemplo, conhecem bem os moradores dos SRT's e os tratam com bastante cordialidade e paciência, o que reafirma a inexistência de conflitos entre os moradores de SRT e vizinhança, pelo menos nessas casas.

6.9 O cotidiano da casa.

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.

Em cada casa, existe um morador que é a referência da organização da casa, fora o cuidador. Na casa da Pampulha, é Rodrigo e na casa de Venda Nova, Carla. (...) Carla faz as compras de supermercado. (...) Na casa da Pampulha, Rodrigo e Gaspar saem para fazer compras com o cuidador.

A maioria dos moradores participa pouco da organização da casa. Mônica ajuda a fazer o almoço. “Na hora de servir a comida, eu tenho que ajudar a cuidadora a servir os pratos”, diz.

Na casa Venda Nova, os moradores são mais independentes e mais ativos. Participam mais do cotidiano da casa. (...) Márcia gosta de lavar suas roupas e passar pano de chão na casa. Auxiliadora ajuda a lavar os talheres. (...) É uma queixa

recorrente dos cuidadores, em ambas as casas, que os moradores ajudam muito pouco na organização e limpeza da casa.

Os pacientes, em sua maioria, ficam deitados, principalmente após o almoço tornando a casa bastante entediante. Eles dormem até a hora do lanche da tarde, depois ficam fumando no quintal ou na varanda. (...) Quando não têm atividade no centro de convivência ou no CERSAM, ficam em casa. (...) Parece o cotidiano de uma casa de aposentados.

Tanto na casa da Pampulha quanto na casa Venda Nova, existem moradores que são mais dependentes (muitos com diagnóstico de retardo mental), participando muito pouco do cotidiano da casa. Um fato marcante, mesmo em moradores que participaram ativamente do processo de desinstitucionalização, foi determinado grau de embotamento afetivo que pode ser consequência tanto dos anos de internação quanto da evolução da própria doença. Foi interessante perceber que muitos moradores são estimulados a saírem de casa e passear pela cidade e pelo bairro, inclusive pela família, mas se recusam. Dizem que sairão depois (“outro dia”) ou dizem que estão sem vontade. (...) Moradores com quadro de demência e retardo mental também participam pouco das atividades da casa e pouco se interessam por atividades pela cidade.

A casa da Pampulha tem um estagiário com o qual os moradores têm uma boa interação. Os estagiários têm a função de ajudar no cotidiano da casa, bem como ajudar os moradores a gerirem suas vidas e seus bens. Os estagiários acompanham os moradores em atividades fora da casa, nas compras no supermercado, agendam passeios e caminhadas pelo bairro.

As casas apresentam um cotidiano, de fato, bem parecido. Poucos pacientes participam ativamente de atividades como arrumar quarto, preparar as refeições, lavar banheiros. Com isso, os cuidadores geralmente têm uma sobrecarga de trabalho. Além das

atividades dos cuidados da casa, os cuidadores têm a tarefa de administrar as medicações e gerenciar as agendas dos moradores (consultas, dias do centro de convivência). Mesmo que alguns moradores sejam mais independentes e gerenciem suas próprias vidas, cabe ao cuidador organizar suas saídas (dinheiro para transporte, chamar o táxi).

A casa Pampulha possui moradores que requerem mais cuidados e, com isso, esse SRT tem uma carga de serviço maior para os cuidadores. Pensando nisso, nesse SRT, há um estagiário que é peça importante, pois, além de aliviar o trabalho do cuidador, auxilia e incentiva os moradores em atividades de AVD e nas atividades de exploração do território.

O cotidiano dos SRT's é tão ordinário quanto o cotidiano de qualquer casa na cidade. Ressalta aos olhos que os pacientes mais dependentes, seja por sua condição física ou pela debilidade causada pela doença, têm pouco estímulo para cuidar de si. Estes estão mais suscetíveis a serem tutelados pelos cuidadores e, assim, pouco se faz para estimular, na medida do possível, as práticas de cuidados de si.

6.10 O espaço do amor e da morte.

Carla e César formam um casal bem peculiar. Eles se conheceram no hospital, mas a relação se fortaleceu no SRT. Na verdade, Carla convidou César para morar na mesma casa para onde foi encaminhada. César passa a maior parte do tempo deitado e fumando em seu quarto. Carla, com o tempo, foi se apropriando da casa e logo começou a se apropriar do território (...), sendo responsável pelas compras na padaria e frequentando o centro de convivência. Sempre está disposta a sair de casa para passeios. César, ao contrário, não faz nenhuma questão de sair de casa. (...) A família de César frequenta a casa semanalmente. A mãe de César tem ótima relação com Carla. (...) Ela quer morar no mesmo quarto de César, que não faz nenhuma questão de morar com

Carla, mas afirma que seria muito bom se eles dois fossem morar com sua mãe. (...) Carla cuida de César com muito carinho, (...) sempre vai até à cama dele cobri-lo à noite, faz seu prato na hora do almoço e prepara seu lanche. Ele retribui dizendo: “obrigado, minha gordinha”. Perguntei a Carla se aquela era a casa em que tinha vontade de morar. Ela falou novamente da vontade de casar e morar com César no mesmo quarto. Perguntei sobre a casa de sua família e ela não fez nenhuma observação. Disse apenas que a casa atual estava boa e que tinha que pensar que ali é melhor que o hospital.

Quando Rodrigo foi morar no SRT, fez questão de morar com o amigo Cristóvão. Porém, ele já se relacionava com Maria e, a pedido dela, foi morar na mesma casa com ele. (...) O relacionamento de Rodrigo e Maria começou a ficar fragilizado com a presença de Mônica. (...) Todos falam que Mônica e Rodrigo estão tendo um relacionamento amoroso e isso tem deixado Maria bastante triste e, após um curto período, ela entrou em crise psicótica aguda. Mônica, grande amiga de Maria, também entrou em crise e ambas estão em tratamento no CERSAM. Foi necessária a intervenção da coordenadora da casa para apaziguar a crise. Rodrigo sempre ficou distante e observando as consequências de longe. Após o acolhimento da equipe do CERSAM e das conversas com a coordenadora, Maria pediu para sair da casa da Pampulha. Ela foi para outro SRT. Mônica ficou muito angustiada com a saída da amiga e seu quadro clínico demorou mais tempo para se estabilizar. (...). Maria sempre liga para a casa para saber notícias dos amigos. (...) Mônica sempre liga para Maria para saber notícias. As duas continuaram a ser amigas. Rodrigo procura não falar sobre o assunto.

Mônica foi, junto com a coordenadora e Rodrigo, visitar sua família no interior. (...) Rodrigo gosta de contar que é bom ter uma casa para poder receber as visitas da família de Mônica.

Não podemos dizer que os SRT's favorecem os encontros e relacionamentos

afetivos, pois eles se estabelecem inclusive dentro do hospital, como vimos na primeira parte da pesquisa. Porém, é interessante ressaltar que os SRT's permitem outras saídas aos seus moradores. A escuta da equipe do CERSAM e da coordenadora da casa foi importante para construir com Maria uma saída na qual sua angústia e sofrimento pudessem ser amenizados. Nesse sentido, a participação de uma equipe multidisciplinar possibilitou a ela uma ação que a preservou, propiciando novos arranjos para sua vida.

Para Carla, a casa possibilitou-lhe, além da construção de uma habitação e da exploração do território, cuidar de seu namorado e fazer planos para outra habitação no futuro.

Leocádia foi uma das ex-internas da Clínica que acompanhei no processo de desinstitucionalização. Ela gostava muito de doar para mim cheques escritos em folha de caderno com grande quantidade de zeros. Dizia que era para me pagar por ajudá-la a sair do hospital e para eu comprar uma casa “tão boa” quanto aquela em que ela estava morando. Leocádia participava da arrumação da casa, cuidava de Márcia e era uma boa companhia para Carla e Auxiliadora. No ano de 2011, Leocádia morreu dentro da casa devido a um infarto agudo do miocárdio. Todos da casa sentiram muito. O SRT entrou num grande silêncio. Poucos queriam falar sobre o acontecido. Auxiliadora relata que perdeu uma grande companheira. Carla disse que nunca tinha ido a um velório e que foi bom ter ido porque pôde rezar e acender uma vela para a amiga. Disse que Leocádia sempre faz falta. Disse também que no hospital, quando alguém morria, ela não via nada e nem ficava sabendo. Contou que as pessoas saíam de maca para outro “lugar” e não voltavam mais.

As experiências afetivas vividas pelos moradores dentro dos SRT's não são distintas do que as pessoas vivem no exterior daquele espaço. Essas experiências não podem ser extraídas das vidas desses sujeitos, já que as factibilidades da vida são

importantes para a produção de subjetividade, na medida em que trazem para o sujeito questões e sentimentos para a compreensão da sua existência.

6.11 Conclusão da segunda fase da pesquisa.

Nessa análise final da segunda fase da pesquisa, vamos partir do espaço interno para o espaço externo da casa. Primeiramente, nota-se que, para alguns moradores, o SRT não é um ponto de referência, sendo apenas um local de abrigo. Ficou claro no meu estudo que esses moradores foram os que menos participaram do processo de desinstitucionalização. Ou seja, aqueles que não foram ativos na participação do processo de transição do hospital para um SRT e que, principalmente, não participaram dos passeios para o reconhecimento da cidade e das visitas aos SRT's já construídos e em funcionamento na cidade. Também pertencem a este grupo os moradores que são portadores de doenças debilitantes ou orgânicas.

Os pacientes que participaram ativamente do processo de transição, conseguiram construir uma habitação, através de um processo ativo, desde falar sobre ela até participar de atividades para o reconhecimento do cotidiano de SRT's já em funcionamento. Assim, observamos que construir e habitar um espaço são ações que se fazem simultaneamente e têm a função de dar ao sujeito um ponto de referência (Bollnow, 2008) a partir do qual ele poderá habitar o território e a cidade.

A cidade é o espaço de ação do homem (Lefebvre, 2008) e, para que ele seja também uma referência para o sujeito, deve se apropriar dele (Santos, 2000). Esta apropriação não pode fazer do sujeito um consumidor, mas um explorador de todo o seu potencial de um determinado território da cidade. Esta “geografia da subjetivação” propicia o sujeito circular num determinado território, propiciando encontro com outros

sujeitos, com outras ideias e discursos, permitindo-lhe tomar consciência de si e dos outros, problematizando os fatos e sua própria existência.

A grande maioria dos pacientes foi ativa em seu processo de desinstitucionalização e conseguiu fazer do espaço de habitação (SRT) um componente que fertilizou seus processos de subjetivação. Léa e Bruno ainda não finalizaram esse processo de construção de habitação como ponto de referência. Ainda se angustiam por não estarem com seus familiares e, talvez, um trabalho no sentido de uma construção de uma “casa imaginária” o mais próximo possível da “casa natal” possa ser uma saída.

Assim, conclui que o SRT é um espaço de habitação, ou seja, ele é **residencial**, na medida em que se propicia uma geografia da subjetivação, ou seja, propicia ao sujeito uma constante construção de uma habitação, que seja seu ponto de referência, onde ele se abriga e parte para explorar o território, quando fará novas identificações no espaço da cidade que são importantes para o seu processo de subjetivação. Isso só acontece quando o morador busca, em liberdade, os espaços livres da cidade.

No entanto, entendo que o SRT também é um espaço **terapêutico**, enquanto auxílio e abrigo aos pacientes menos autônomos ou que ainda não construíram um espaço próprio de habitação. Mas, ao contrário do hospital, o SRT é um dispositivo que permite e abre oportunidades para todos que estão ali se inserirem na sociedade, funcionando como um instrumento, uma ponte para entrar na vida do território e para o encontro com os componentes que fertilizam os processos de subjetivação. Isso também se refere à geografia da subjetivação, pois o SRT é um espaço para as possibilidades: a possibilidade da construção do espaço de habitação e a possibilidade da produção de subjetividade possível para cada sujeito.

Capítulo 7. Conclusão Geral

Podemos concluir, através deste estudo, que o espaço é um importante elemento para a produção de subjetividade, porém é através do estudo do espaço de habitação que esta relação se faz mais íntima. Na política de desinstitucionalização psiquiátrica, esses conceitos frequentemente estão sobrepostos e trabalhar essa associação através da noção de cuidado traz consigo a possibilidade de uma análise mais profunda dos resultados que a desinstitucionalização psiquiátrica tem trazido para a vida dos portadores de transtornos mentais.

Ainda existem muitos portadores de transtornos mentais vivendo há anos dentro de hospitais psiquiátricos em nosso país. Porém, estar dentro de um hospital psiquiátrico é diferente de habitar um espaço (Saraceno, 2001). Viver dentro de um hospital psiquiátrico não dá ao sujeito a dimensão da propriedade, ou seja, não dá ao sujeito a noção de pertencimento o que pode trazer consequências negativas para o governo de si mesmo.

O Hospital psiquiátrico não oferece ao sujeito um lugar de habitação, exclui e expulsa o sujeito de sua relação com a cidade, espaço fundamental de ação do ser humano. Essa instituição oferece apenas a proteção coagida e controlada, sem relação simbólica com os objetos ali dispostos, não permitindo a liberdade dos encontros em espaços livres que possibilitem a criação de vida e de subjetividade. Dentro da instituição psiquiátrica, os atos de dormir, tomar banho, abrir uma janela, comer, são atos uniformizados, sem relação com o desejo e com as necessidades das pessoas. Tais atos acontecem através de regras fixas que dão ao cotidiano o peso da banalidade, negando aos sujeitos internados uma relação afetiva e sem peso simbólico com os espaços ali constituídos. O hospital psiquiátrico não é definitivamente um espaço que favoreça a subjetividade, pois desfavorece as práticas dos cuidados de si.

Assim, são imprescindíveis ações que possibilitem a criação de espaços de habitação para essa população segregada e que favoreçam a produção de sujeitos singulares. Entretanto, notamos nesta pesquisa que esse trabalho deve ser cauteloso e delicado. Ao buscarmos locais alternativos ao hospital psiquiátrico, devemos sempre colocar aqueles que habitarão esses espaços em uma posição ativa e central. Ficou claro também que aqueles que participaram ativamente do processo de desinstitucionalização, ocupando-se com a construção um novo espaço para se habitar, tiveram menos angústias e se adaptaram mais rapidamente aos SRT's, apropriando-se deles como um lugar de habitação. O ato de ocupar nos remete ao ato de residir em um espaço, mas também remete ao ato de ocupar-se em construir um ponto de referência no mundo, que é uma ação vinculada ao ato de cuidar de si, processo tão importante para a produção de subjetividade.

É fundamental que a política de desinstitucionalização entenda a casa, a moradia, o SRT como um espaço de habitação em constante construção. Esta construção se faz de acordo com a demanda e o desejo de cada um ou de um grupo de moradores, num determinado momento. Porém, é fundamental que o SRT seja construído em contraste com os espaços do manicômio para, assim, formular com os moradores um projeto no qual a casa seja a possibilidade de produção de subjetividade, através da noção de cuidado de si.

Ao explorar a cidade, alguns moradores descobriram espaços diferenciados: espaço onde estudar, espaço para se buscar a ajuda da Justiça, espaço para se divertirem, espaço para se tratar. Esses diversos espaços que compõem o território simbólico abrigam uma diversidade enorme de pessoas e discursos com os quais eles podem entrar em contato, sem agendamento prévio. Como ensinou Goffman (1996), o trabalho de desinstitucionalização é um trabalho de desconstrução das funções espaciais e de ressimbolização de espaços. Isso só foi possível porque o SRT é para eles uma referência de habitação. Neste sentido, o SRT adquiriu um caráter residencial.

Porém, muitas vezes existem maneiras de se formalizarem atos e ações mesmo dentro de SRT's, que copiam ou reproduzem formas de tutelas aos portadores de transtornos psiquiátricos. Isso foi percebido quando os cuidadores, mesmo após cursos de capacitação, não estimulam atividades que propiciem maior autonomia aos moradores. Notei que muitos moradores ainda recebem as refeições e as medicações das mãos dos cuidadores, têm agendas que são feitas e fiscalizadas por outras pessoas. Acredito que muito disso se deve aos quadros de déficit cognitivo de muitos moradores. Mas também pode ocorrer por causa da grande carga de tarefas que os cuidadores possuem, restando pouco tempo livre para explorarem junto com os moradores as possibilidades dos territórios da cidade e dar aos moradores a chance de cuidarem de si. Assim, o SRT se torna simplesmente um espaço terapêutico.

Por outro lado, devemos considerar que, diante das limitações trazidas por muitos pacientes portadores de quadros orgânicos ou de outras deficiências, só podemos esperar de um SRT é que ele seja terapêutico sem ser excludente. Nestes casos, o que importa é que estes sujeitos tomem o SRT como um espaço referencial, mesmo que seja apenas um abrigo, e que ele faça deste espaço, no tempo presente, o seu território possível para se auto-reinventar.

Através desse estudo, notei que o PVC sem dúvida facilita a vinculação dos ex-internos com a cidade através da criação dos SRT's. Além disso, o SRT se mostra como um ponto de referência para muitos de seus moradores, característica imprescindível para uma casa.

Além disso, como foi discutida, a casa é um direito e, para adquiri-lo, devem ser formuladas políticas públicas, como o Programa De Volta Para Casa. Mas o que essencial é que se construam habitações. Construir casas como espaço arquitetônico e físico pode muitas vezes não alcançar as necessidades do sujeito. Precisa-se construir espaços de

habitação que possibilitem a liberdade da loucura, para que seja inserida na cidade, rompendo definitivamente com a segregação, além de viabilizar ações no cotidiano, seduzindo novas adesões e pactos sociais a favor daqueles que por tantos anos tiveram suas vidas ceifadas dentro de um hospital.

Partindo da afirmação de que uma das questões para a Psiquiatria é a criação de “casas” que abriguem a loucura (Saraceno, 2001), este estudo compreendeu que indubitavelmente habitar não tem relação alguma com o “estar” dentro de um hospital. Habitar é uma ação que o sujeito faz na direção do cuidado de si. O sujeito ocupa-se para construir e ocupar um ponto de referência no mundo. Esse ponto de referência, a que podemos chamar de casa, será o seu lugar de repouso e para onde sempre retornará após sair para buscar sua sobrevivência. É também o lugar onde ele poderá repensar sua vida, buscar a compreensão da existência. A casa também é fundamental tanto como ponto de referência para o sujeito como para a exploração da cidade e apropriar-se dos dispositivos de um determinado território que possibilitará o encontro com o outro. Esta seria nossa aproximação com o conceito de geografia da subjetividade, um ato de habitar a casa e a cidade, um constante ato de ocupar-se com construção de uma casa possível, que permita uma apropriação **possível** de um determinado território no qual o sujeito terá a chance de cuidar de si e, por menor que seja sua demanda, de produzir sua subjetividade a partir de componentes presentes neste espaço.

REFERÊNCIAS

- Abbagnano, N. (2007). *Dicionário de Filosofia*. (5ª. ed.). São Paulo, SP: Martins Fontes.
- Alvarenga, L. M. C. A.; Martins, C L. (2010). De que território os médicos do Programa de Saúde da Família estão falando? *Revista Brasileira Medicina de Família e Comunitária*, 5 (17), pp.16-23.
- Amarante, P. (org). (1995). *Loucos pela vida*. Rio de Janeiro, RJ: ENSP.
- Angrosino, M. (2011). *Etnografia e observação participante*. Porto Alegre: Artmed.
- André, M. E. D. A. (1995). *Etnografia da prática escolar*. Campinas, SP: Papirus.
- Augé, M. (1994). *Não-lugares: uma introdução a uma antropologia da supermodernidade*. Campinas, SP: Papirus.
- Ayres, J. C. M. (2004). Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. *Interface*, vol. 8, (14), pp. 73-92.
- Bachelard, G. (2008). *A poética do espaço*. (2ª. Ed.). São Paulo, SP: Martins Fontes.
- Ballone, G. J. (2005). Alterações da orientação. *PsiquWeb* (online) disponível em www.psiweb.med.br.
- Basaglia, F. (1985). *A instituição negada: Relato de um hospital psiquiátrico*. (3ª. ed). São Paulo, SP: Graal.
- Becker, H. (1994). *Métodos de pesquisa em Ciências Sociais*. (2ª. ed.) São Paulo: Hucitec.
- Bissio, B. (2008). O uso do espaço como categoria nas Ciências Sociais. Percepção e representação do espaço na sociedade árabe-islâmica a partir de fontes medievais: um estudo de caso. (tese de doutorado não publicada). Universidade Federal Fluminense, Niterói.
- Blainey, G. (2011). *Uma breve história do mundo*. (2ª. ed). São Paulo, SP: Educacional.

- Bordo, A. A.; Silva, C. H. P.; Nunes, M.; Barbosa, T.; Miralha, W. (2004). As diferentes abordagens do conceito de território. Recuperado em: pt.scribd.com.
- Brasil. (1980). Ministério da Saúde. Anais da VII Conferência Nacional de Saúde. 24 a 28 de março de 1980.
- Brasil. (2000). Ministério da Saúde. Portaria 106 de 11 de fevereiro de 2000.
- Brasil. (2000). Ministério da Saúde. Portaria 1.220 de 07 de novembro de 2000.
- Brasil. (2001). Ministério da Saúde. Lei Federal no. 10.216 de 06 de abril de 2001.
- Brasil. (2002). Ministério da Saúde. Portaria 251 de 31 de janeiro de 2002.
- Brasil. (2003). Presidência da República. Lei 10.708 de 31 de julho de 2003
- Brasil. (2003). Ministério da Saúde. Portaria 2077 de 31 de outubro de 2003.
- Brasil. (2003). Ministério da Saúde. Portaria 2078 de 31 de outubro de 2003.
- Brasil. (2004). Ministério da Saúde. Portaria 2.068 de 24 de setembro de 2004.
- Brasil. (2011). Ministério da Saúde. Portaria 3090 de 26 de dezembro de 2011.
- Bollnow, O. F. (2008). *O homem e o espaço*. Curitiba, PR: Editora UFPR.
- Cadernos IPUB. (2006). *Desinstitucionalização. A experiência dos Serviços Residenciais Terapêuticos*. Instituto de Psiquiatria. Rio de Janeiro. Vol. XII (22). pp. 141-148.
- Campos, G. W. S. (2000). Saúde pública e saúde coletiva: campo de núcleos de saberes e práticas. *Sociedade e cultura*, vol. 3 (1 e 2), pp. 51-57.
- Campos, G. W. S. (2003). *Saúde Paideia*. São Paulo: Hucitec.
- Campos, G. W. S. (2004). *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec.
- Caprara, A.; Landim, L. P. (2008). Etnografia: uso, potencialidades e limites na pesquisa em saúde. *Interface. Comunidade, saúde e educação*, vol. 12 (55), pp. 363-376.
- Carvalho, M. C. Os desafios da desinstitucionalização. Em Figueiredo, A. C.; Cavalcanti, M. T. (Org.). (2001). *A reforma psiquiátrica e os desafios da desinstitucionalização: contribuições à III Conferência Nacional de Saúde Mental, Brasil, dezembro de 2001*.

- Rio de Janeiro: IPUB, CUCA; UFRJ, pp. 9-38.
- Carvalho, M. C. (2001). Os desafios da desinstitucionalização. Em: Figueiredo, A. C.; Cavalcanti, M. T. (Org.). *A reforma psiquiátrica e os desafios da desinstitucionalização: contribuições à III Conferência Nacional de Saúde Mental, Brasil, dezembro de 2001*. Rio de Janeiro: IPUB, CUCA; UFRJ. p. 9-38.
- Castel, R. (1991). *A ordem psiquiátrica: a ordem de ouro do alienismo*. (2^a. ed.). Rio de Janeiro, RJ: Graal.
- Cohen, S. C.; Kligerman, D. C.; Monteiro, S. C.; Cardoso, T. A. ; Barcelos, M. R. B. (2011). Habitação saudável como determinante da saúde: experiências internacional e nacional. *Revista brasileira em promoção à saúde*, vol. 22 (4). Pp 169-179.
- Creswell, J. W. (2007). *Projeto de pesquisa. Métodos qualitativo, quantitativo e misto*. (2^a. ed.). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Deleuze, G. (2005). *Foucault*. (1^a. ed.). São Paulo, SP: Brasiliense.
- Delgado, P. G. (2006). Instituir a desinstitucionalização: o papel das residências terapêuticas na Reforma Psiquiátrica. *Desinstitucionalização. A experiência dos Serviços Residenciais Terapêuticos. Cadernos IPUB*, vol. XII (22), p.19-33.
- Declaração de Caracas. (1990). OMS. 14 de novembro de 1990.
- Fassheber, V. B.; Vidal, C. E. L. (2007). Da tutela à autonomia: narrativas e construções do cotidiano de uma residência terapêutica. *Psicologia Ciência e Profissão*, vol. 27 (2), pp. 194-207.
- Ferreira Neto, J. L. (2004) Processos de subjetivação e novos arranjos urbanos. *Revista do Departamento de Psicologia*, vol. 16(1), 11-120.
- Ferreira Neto, J. L. (2011). *Psicologia, política pública e o SUS*. São Paulo, SP: Escuta; Belo Horizonte, MG: Fapemig.
- Figueiredo, L. C. F. (1995). Foucault e Heidegger: A ética e as formas históricas do

- habitar (e do não habitar). *Revista de sociologia da USP*, vol. 7, (1-2), 136-149.
- Foucault, M. (1967). *De outros espaços*. Conferência proferida no Centre d'Études Architecturales, em 14 de março de 1967. Disponível em: www.ufrgs.br.
- Foucault, M. (1991). *História da loucura na idade clássica*. (3ª. ed.). São Paulo, SP: Perspectiva.
- Foucault, M. (2009). *A história da sexualidade*. Volume 3: o cuidado de si. (13ª. ed.). Rio de Janeiro, RJ: Graal.
- Foucault, M. (2010). A Evolução da noção de “indivíduo perigoso” na Psiquiatria Legal do século XIX. . Em: Foucault, M. *Ditos e escritos*. Volume V. (2ª. ed.). Rio de Janeiro, RJ: Forense Universitária, pp.1-25.
- Foucault, M. (2010). Uma estética da existência. Em: Foucault, M. *Ditos e escritos*. Volume V. (2ª. ed.). Rio de Janeiro, RJ: Forense Universitária, pp. 264-287.
- Furtado, J. P. (2006). A ampliação dos Serviços Residenciais Terapêuticos no Brasil: o que dizem alguns atores. *Cadernos IPUB. Desinstitucionalização. A experiência dos Serviços Residenciais Terapêuticos*, vol. XII (22), pp. 39-52.
- Furtado, J. P. (2006). Avaliação da situação atual dos Serviços Residenciais Terapêuticos no SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 11 (3), pp. 785-795.
- Gama, C. A. P. (2011) *Saúde mental na atenção básica: as relações entre a subjetividade e o território*. (tese de doutorado não publicada). Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas.
- Geertz, C. (2012). *A interpretação da cultura*. Rio de Janeiro: LTC.
- Girolano, G.; Picardi, A.; Micciolo, R. ; Morosini, P. (2005). The severely mentally ill in residential facilities: a national survey in Italy. *Psychological Medicine*, vol. 35(3), pp. 421-31.
- Goffman, E. (1996). *Manicômios, prisões e conventos*. (5ª. ed.). São Paulo, SP:

Perspectiva.

- Gomes, M. (1994). Newton e Leibniz: a questão do século XVII. *Revista Sociedade Brasileira de História da Ciência*, 11, 89-96.
- Goulart, M. S. B. (2007). *As raízes italianas do movimento antimanicomial*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Guarido, E. L.; Campos, F. C. B. (2006). Sentir-se em casa no olho da rua: o desafio das moradias. *Cadernos IPUB*, vol. XII (22), pp. 141-148.
- Guattari, F. (1985). Espaço e poder: a criação de territórios na cidade. *Espaço & Debates*, ano V, no. 16.
- Guimarães, J.; Saeki, T. (2001). Janelas do Santa Tereza: estudo de reabilitação psicossocial do Hospital Psiquiátrico de Ribeirão Preto. *História, ciência, saúde*, vol. VIII(2). pp. 357-374.
- Haesbaert, R. (2008). Dos múltiplos territórios à multiterritorialidade. Em: Heidrich, A.L. (org). *A emergência da relação do humano com o espaço*. Porto Alegre: UFRGS.
- Heidegger, M. (1951). Construir, habitar, pensar. *Segunda Reunião de Darmstadt*. Disponível em www.prourb.fau.ufrj.br.
- Heidegger, M. (2011). *Ser e tempo*. (5ª. ed.). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Jaspers, K. (1987). *Psicopatologia Geral*. Volume 2. Rio de Janeiro, RJ: Livraria do Atheneu.
- Jodelet, D. (2005). *Loucuras e Representações Sociais*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Kant, I. (1781). *Crítica da razão pura* [versão eletrônica em pdf]. Disponível em [ww.psbncional.org.br](http://www.psbncional.org.br).
- Lefebvre, H. (1974). *La production de l'espace*. Paris: Anthropos.
- Lefebvre, H. (2001). *O direito à cidade*. (5ª. ed.). São Paulo, SP: Centauro.
- Le Goff, J. (1998). *Por amor às cidades*. São Paulo, SP: UNESP.

- Lobo, M. C. C. A. (2004). Serviços Residenciais Terapêuticos no Estado do Rio de Janeiro: um diagnóstico inicial. (tese de mestrado não publicada). Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro.
- Simonini, E. (2010). Variações sobre o “eu”. *Revista Teia*, 11 (21), pp. 1-13.
- Manual do Programa De Volta Para Casa. (2003). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília. DF.
- Matias, M. B. M.; Annunziato, V. L. (2001). 87f. Habitar na cidade: conhecendo o processo de implementação das moradias no município de Campinas. (monografia do Curso de Terapia Ocupacional não publicada). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo.
- Merhy, E. (1994). Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e coletivamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). Em: Cecílio L. C. O. (Org). *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec. pp. 117-60.
- Merhy, E. (2001). A Loucura e a cidade: outros mapas. Disponível em: www.uff.br/saudecoletiva.
- Merhy, E. (2004). O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. Em: BRASIL. *Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, pp.108-137.
- Moreira, I.B.M.; Andrade, A. N. (2007). Habitar a cidade: análise de Serviços Residenciais Terapêuticos. *Psicologia e saúde*. 19 (3), pp. 46-54.
- Mosher, L. & Burti, L. (1994). *Community mental health. A practical guide*. London/New York: W.W. Norton and Company.
- Nicácio, F. (1994). O processo de transformação da saúde mental em Santos:

- desconstrução de saberes, instituições e cultura. (dissertação de mestrado não publicada). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Nogueira, M. L. M. (2009). Subjetividade e materialidade: cidade, espaço e trabalho. *Fractal: Revista de Psicologia*. 21 (1),p. 69-86.
- Oliveira, A. G. B.; Conciani, M. E. (2008). Serviços Residenciais Terapêuticos: novos desafios para a organização das práticas de saúde mental em Cuiabá-MT. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 10(1): 167-178. Disponível em www.fen.ufg.br/revista.
- Ortega, F. (2001). Hannah Arendt, Foucault e a reinvenção do espaço público. *Trans/Form/Ação*, 24, pp. 225-236.
- Pádua, L T. S. (2005). A topologia do ser. (tese de doutorado não publicada). Pontifícia Universidade Católica do Rio, Rio de Janeiro.
- Perdigão, A. C. (2001). Filosofia existencial de Karl Jaspers. *Análise Psicológica*, 4 (XIX), pp. 539-557.
- Piat, M; Lesage, A.; Dorvil, H.; Boyer, R.; Couture, A.; Bloom, D. (2008). Les préférences résidentielles des personnes souffrant de troubles mentaux graves : une étude descriptive. *Santé mentale*, vol. 33 (2), pp. 247-269.
- Prata, M. R. S. (2005). A produção da subjetividade e as relações de poder na escola. *Revista Brasileira de Educação*, 1 (28), pp. 108-115.
- Proença, M.C. (2010). A Cidade e o Habitar no Pensamento de Henri Lefebvre. (dissertação de Mestrado não publicada. Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra. Coimbra, Portugal.
- Rolnik, S.; Guattari, F. (2005) *Micropolítica. Cartografias del deseo*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Rotelli, F.; de Leonardis O.; Mauri, D. (2001). *Desinstitucionalização*. (2ª. Ed.). São Paulo: Hucitec.

- Sales, M. (2008). *Foucault e os modos de subjetivação*. [Texto apresentado no XI ANPOF]. Recuperado em: <http://noboteco.files.wordpress.com/2008/05/foucault-e-os-modos-de-subjetivacao-por-m-sales.pdf>
- Santos, M. (2000). *A natureza do espaço*. São Paulo, SP: EDUSP.
- Santos, M. (2006). O retorno do território. Em Santos, M.; Souza, M. A.; Silveira, M. L. *Território: globalização e fragmentação*. São Paulo, SP: Hucitec.
- Santos, M. (2008). *Espaço e método*. (5^a. ed.). São Paulo, SP: EDUSP.
- Santos, M. (2011). *Metamorfoses do espaço habitado*. (6^a. ed.). São Paulo, SP: EDUSP.
- Saraiva de Souza, J. F. (2009). Henri Lefebvre e a produção do espaço. [Comentário sobre Direito à cidade por H. Lefebvre]. Recuperado em: <http://cyberdemocracia.blogspot.com/2009/07/henri-lefebvre-producao-do-espaco.html>
- Saraceno, B. (2001). *Libertando identidades. Da reabilitação psicossocial à cidadania*. (2^a. ed.). Instituto Franco Basaglia. Belo Horizonte, MG: Te Corá.
- Scarcelli, I. R. (2006). Os sentidos do morar e a cidade: um olhar sobre os serviços residenciais terapêuticos. Em: *Desinstitucionalização. A experiência dos Serviços Residenciais Terapêuticos. Cadernos IPUB*, vol. XII (22), pp. 71-81.
- Silva, F. L. (2007). Martin Heidegger e a técnica. *Scientiae e studia*, 3 (3), pp. 369-374.
- Silveira, R. D. (2000). *Cidadania do louco. Da utopia à possibilidade*. (Dissertação de mestrado não publicada). Departamento de Pós-Graduação de Psicologia da UFMG. Belo Horizonte.
- Sklar, L. (1992). *Philosophy of Physics*. Oxford: Oxford Press.
- Sato, L.; Souza, M. P. R. (2001). Contribuindo para desvelar a complexidade do cotidiano através da pesquisa etnográfica em psicologia. *Psicologia*, vol. 12 (2), pp. 29-47.
- Torres, E. H. G; Amarante, P. (2001). Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. *Ciência & Sociedade Coletiva*, 6 (1), pp. 73-85.

- Tsu, T. (1993). *A internação psiquiátrica e o drama das famílias*. São Paulo: Vetor.
- Vasconcelos, E. M. (2000). Dispositivos residenciais em saúde mental: um campo aberto para os trabalhadores sociais. Em Rosa, L. C. S.; Vasconcelos, E. M. (org). *Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade*. São Paulo, SO: Cortez. pp. 95-132.
- Vidal, C.E.L.; Gontijo, E.; Bandeira, M. (2008). Reforma psiquiátrica e Serviços Residenciais Terapêuticos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 57 (1), pp. 70-79.
- Wachs, F.; Jardim, C.; Paulon, M. S.; Resense, V. (2010). Processos de subjetivação e territórios de vida: o trabalho de transição do hospital psiquiátrico para serviços residenciais terapêuticos. *Physis Revista de saúde coletiva*, 20 (3), pp. 895-912.
- Whyte, W. F. (2005). *Sociedade de esquina: a estrutura social de uma área urbana pobre e degradada*. Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar.
- Wyler, A. R. (2006). O hospício e a cidade: novas possibilidades de circulação do louco. *Imaginário*, vol. 12 (13), pp. 381-39.

ANEXOS

Anexo A

Consentimento Livre e Esclarecido de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Para Técnicos e Cuidadores dos SRTs.

A pesquisa na qual o senhor(a) está sendo convidado (a) em participar será pesquisa desenvolvida pelos pesquisadores Renato Ferreira Franco e Cornelis van Stralen e tem como objetivo analisar a importância do território na produção de subjetividade para os moradores dos Serviços Residenciais Terapêuticos de Belo Horizonte.

Esta é uma pesquisa qualitativa na qual usaremos a metodologia da Observação Participante como estratégia de pesquisa e pretendemos acompanhar o cotidiano dos moradores utilizando um diário de campo com anotações que irão ajudar no entendimento da apropriação que se tem do território onde estão vivendo para a produção de novos processos de subjetivação.

Para maior compreensão deste processo psicológico se faz necessário entrevistar os técnicos que estão envolvidos diretamente nos cuidados a estes moradores. Assim, seria enriquecedor a sua participação nesta pesquisa.

O processo de observação acontecerá no próprio SRT. Todas as informações colhidas serão sigilosas e seu nome não será identificado na publicação da pesquisa. Todo o material coletado nesta pesquisa ficará sob guarda o pesquisador Renato Ferreira Franco e será destruído após um ano da data da defesa da tese.

Assim, esclarecemos também que o senhor(a) tem a liberdade de retirar o seu consentimento a qualquer momento no decorrer do desenvolvimento da pesquisa e que tem a garantia do sigilo que assegure a sua privacidade quanto aos dados confidenciais citados na pesquisa.

Desde já agradecemos sua participação.

Declaro que li e aceito as condições acima para participar da pesquisa:

Data:

PORFESSOR CORNELIS JOHANNES VAN STRALEN.

Endereço: Rua Atenas, 320. Sabará. MG. CEP: 34.710-010

Telefone: 34095042. Fax: 34095042

Correio eletrônico: stralen@medicina.ufmg.br

Renato Ferreira Franco.

Endereço: Rua Dona Cecília, 500/502. BH. MG. CEP: 30.220-070

Telefone: 32874272.

Correio eletrônico: renatofranco.bhz@terra.com.br

COEP Universidade Federal de Minas Gerais. Av. Antônio Carlos, 6627 – Unidade Administrativa II – 2º. Andar – sala 2005. Belo Horizonte. MG. CEP 31.270-901.. Telefax: (031) 3409-4592. Email: coep@prpq.ufmg.br.

COEP Secretaria Municipal de Saúde. Avenida Afonso Pena, 2336 - 9º andar. Bairro Funcionários - Belo Horizonte – MG. CEP 30.130-007 Tel: (31) 3277-5309 Fax (31) 3277-7768 e-mail: coep@pbh.gov.br

Anexo B

Consentimento Livre e Esclarecido de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Para moradores dos SRTs.

A pesquisa na qual o senhor(a) está sendo convidado (a) em participar será desenvolvida pelos pesquisadores Renato Ferreira Franco e Cornelis van Stralen e tem como objetivo analisar a importância do território na produção de subjetividade para os moradores dos Serviços Residenciais Terapêuticos de Belo Horizonte.

Esta é uma pesquisa qualitativa na qual usaremos a metodologia da Observação Participante como estratégia de pesquisa e pretendemos acompanhar o cotidiano dos moradores utilizando um diário de campo com anotações que irão ajudar no entendimento da apropriação que se tem do território onde estão vivendo para a produção de novos processos de subjetivação.

O processo de observação acontecerá no próprio SRT. Todas as informações colhidas serão sigilosas e seu nome não será identificado na transcrição e nem na publicação da pesquisa. As anotações feitas pelos pesquisadores estará sempre acessível para sua análise e conferência. Todo o material coletado nesta pesquisa ficará sob guarda o pesquisador Renato Ferreira Franco e será destruído após um ano da data da defesa da tese.

Assim, esclarecemos também que o senhor(a) tem a liberdade de retirar o seu consentimento a qualquer momento no decorrer do desenvolvimento da pesquisa e que tem a garantia do sigilo que assegure a sua privacidade quanto aos dados confidenciais citados na pesquisa.

Desde já agradecemos sua participação.

Declaro que li e aceito as condições acima para participar da pesquisa:

Data:

PORFESSOR CORNELIS JOHANNES VAN STRALEN.

Endereço: Rua Atenas, 320. Sabará. MG. CEP: 34.710-010

Telefone: 34095042. Fax: 34095042

Correio eletrônico: stralen@medicina.ufmg.br

Renato Ferreira Franco.

Endereço: Rua Dona Cecília, 500/502. BH. MG. CEP: 30.220-070

Telefone: 32874272.

Correio eletrônico: renatofranco.bhz@terra.com.br

COEP Universidade Federal de Minas Gerais. Av. Antônio Carlos, 6627 – Unidade Administrativa II – 2º. Andar – sala 2005. Belo Horizonte. MG. CEP 31.270-901.. Telefax: (031) 3409-4592. Email: coep@prpq.ufmg.br.

COEP Secretaria Municipal de Saúde. Avenida Afonso Pena, 2336 - 9º andar. Bairro Funcionários - Belo Horizonte – MG. CEP 30.130-007 Tel: (31) 3277-5309 Fax (31) 3277-7768 e-mail: coep@pbh.gov.br

Anexo C

Consentimento Livre e Esclarecido de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Para Familiares dos SRTs.

A pesquisa na qual o senhor(a) está sendo convidado (a) em participar será desenvolvida pelos pesquisadores Renato Ferreira Franco e Cornelis van Stralen e tem como objetivo analisar a importância do território na produção de subjetividade para os moradores dos Serviços Residenciais Terapêuticos de Belo Horizonte.

Esta é uma pesquisa qualitativa na qual usaremos a metodologia de Observação Participante como estratégia de pesquisa e pretendemos acompanhar o cotidiano dos moradores utilizando um diário de campo com anotações que irão ajudar no entendimento da apropriação que se tem do território onde estão vivendo para a produção de novos processos de subjetivação.

O processo de observação acontecerá no próprio SRT. Todas as informações colhidas serão sigilosas e seu nome não será identificado na transcrição e nem na publicação da pesquisa. A transcrição, bem como a gravação de sua entrevista estará sempre acessível para sua análise e conferência. A gravação, sua transcrição e todo material coletado nesta pesquisa ficará sob guarda do pesquisador Renato Ferreira Franco e será destruído após um ano da data da defesa da tese.

Assim, esclarecemos também que o senhor(a) tem a liberdade de retirar o seu consentimento a qualquer momento no decorrer do desenvolvimento da pesquisa e que tem a garantia do sigilo que assegure a sua privacidade quanto aos dados confidenciais citados na pesquisa.

Desde já agradecemos sua participação.

Declaro que li e aceito as condições acima para participar da pesquisa:

Data:

PORFESSOR CORNELIS JOHANNES VAN STRALEN.

Endereço: Rua Atenas, 320. Sabará. MG. CEP: 34.710-010

Telefone: 34095042. Fax: 34095042

Correio eletrônico: stralen@medicina.ufmg.br

Renato Ferreira Franco.

Endereço: Rua Dona Cecília, 500/502. BH. MG. CEP: 30.220-070

Telefone: 32874272.

Correio eletrônico: renatofranco.bhz@terra.com.br

COEP Universidade Federal de Minas Gerais. Av. Antônio Carlos, 6627 – Unidade Administrativa II – 2º. Andar – sala 2005. Belo Horizonte. MG. CEP 31.270-901.. Telefax: (031) 3409-4592. Email: coep@prpq.ufmg.br.

COEP Sec. Municipal de Saúde. Avenida Afonso Pena, 2336 - 9º andar. Bairro Funcionários - Belo Horizonte – MG. CEP 30.130-007 Tel: (31) 3277-5309 Fax (31) 3277-7768 e-mail: coep@pbh.gov.br

Anexo D

Consentimento Livre e Esclarecido de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Para moradores curatelados dos SRTs.

A pesquisa na qual o seu familiar, (nome do morador), está sendo convidado (a) em participar será desenvolvida pelos pesquisadores Renato Ferreira Franco e Cornelis van Stralen e tem como objetivo analisar a importância do território na produção de subjetividade para os moradores dos Serviços Residenciais Terapêuticos de Belo Horizonte.

Esta é uma pesquisa qualitativa na qual usaremos a metodologia de Observação Participante como estratégia de pesquisa e pretendemos acompanhar o cotidiano dos moradores utilizando um diário de campo com anotações que irão ajudar no entendimento da apropriação que se tem do território onde estão vivendo para a produção de novos processos de subjetivação.

Para maior compreensão deste processo psicológico se faz necessário uma observação do cotidiano de sua casa, que acontecerá em dias úteis da semana, com horários e tempo de observação pré-determinados junto aos moradores e cuidadores do SRT.

Este processo da observação do cotidiano da sua casa acontecerá no próprio SRT, sendo que minhas observações serão anotadas em caderno para futura análise através do método teórico da Produção da prática discursiva e produção de sentidos. Todas as informações colhidas serão sigilosas e seu nome não será identificado nas observações escritas e nem na publicação da pesquisa. Minhas anotações estarão sempre acessível para sua análise e conferência. Todo material coletado nesta pesquisa ficará sob guarda do pesquisador Renato Ferreira Franco e será destruído após um ano da data da defesa da tese.

Assim, esclarecemos também que o seu familiar ou o senhor (a) tem a liberdade de retirar o seu consentimento a qualquer momento no decorrer do desenvolvimento da pesquisa e que tem a garantia do sigilo que assegure a sua privacidade quanto aos dados confidenciais citados na pesquisa.

Desde já agradecemos sua participação.

Declaro que li e aceito as condições acima para participar da pesquisa:

Data:

PORFESSOR CORNELIS JOHANNES VAN STRALEN.

Endereço: Rua Atenas, 320. Sabará. MG. CEP: 34.710-010

Telefone: 34095042. Fax: 34095042

Correio eletrônico: stralen@medicina.ufmg.br

Renato Ferreira Franco.

Endereço: Rua Dona Cecília, 500/502. BH. MG. CEP: 30.220-070

Telefone: 32874272.

Correio eletrônico: renatofranco.bhz@terra.com.br

Universidade Federal de Minas Gerais. Av. Antônio Carlos, 6627 – Unidade Administrativa II – 2º. Andar – sala 2005. CEP 31.270-901. BH. MG. Telefax: (031) 3409-4592. Email: coep@prpq.ufmg.br.

COEP Sec. Municipal de Saúde. Avenida Afonso Pena, 2336 - 9º andar, Bairro Funcionários - Belo Horizonte - MG CEP 30130-007 Tel: (31) 3277-5309 Fax (31) 3277-7768 E-mail: coep@pbh.gov.br.

Anexo E

Consentimento Livre e Esclarecido de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Para moradores que participaram do processo de desinstitucionalização.

A pesquisa na qual o senhor(a) está sendo convidado (a) em participar será pesquisa desenvolvida pelos pesquisadores Renato Ferreira Franco e Cornelis van Stralen e tem como objetivo analisar a importância do território na produção de subjetividade para os moradores dos Serviços Residenciais Terapêuticos de Belo Horizonte.

Esta é uma pesquisa qualitativa na qual usaremos a metodologia da Observação Participante como estratégia de pesquisa e pretendemos acompanhar o cotidiano dos moradores utilizando um diário de campo com anotações que irão ajudar no entendimento da apropriação que se tem do território onde estão vivendo para a produção de novos processos de subjetivação.

Para maior compreensão deste processo psicológico se faz necessário utilizar as observações que estão registradas no diário do processo de desinstitucionalização que ocorreu no período de dezembro de 2007 a dezembro de 2008 do qual o senhor (a) participou. Neste diário estão anotados os motivos de sua internação, como foi sua evolução clínica no decorrer da internação, se havia algum contato com sua família ou com o mundo exterior ao hospital, o uso de medicação e terapia psicossociais e sua percepção da internação, bem como se estava interessado em sair do hospital e sua expectativa em morar fora de um ambiente hospitalar. Neste diário também foram registrados os passeios feitos durante este período de preparação de sua alta, ou seja: onde foram realizados os passeios, como foi sua reação e sua opinião a respeito dos lugares em que esteve.

Estes dados anotados serão utilizados para análise através do método teórico da Antropologia Interpretativa. Todas as informações colhidas serão sigilosas e seu nome não será identificado na publicação da pesquisa. Todo material coletado nesta pesquisa ficará sob guarda do pesquisador Renato Ferreira Franco e será destruído após um ano da data da defesa da tese.

Assim, esclarecemos também que o senhor(a) tem a liberdade de retirar o seu consentimento a qualquer momento no decorrer do desenvolvimento da pesquisa e que tem a garantia do sigilo que assegure a sua privacidade quanto aos dados confidenciais citados na pesquisa.

Desde já agradecemos sua participação.

Declaro que li e aceito as condições acima para participar da pesquisa:

Data:

PROFESSOR CORNELIS JOHANNES VAN STRALEN.

Endereço: Rua Atenas, 320. Sabará. MG. CEP: 34.710-010

Telefone: 34095042. Fax: 34095042

Correio eletrônico: stralen@medicina.ufmg.br

Renato Ferreira Franco.

Endereço: Rua Dona Cecília, 500/502. BH. MG. CEP: 30.220-070

Telefone: 32874272.

Correio eletrônico: renatofranco.bhz@terra.com.br

Universidade Federal de Minas Gerais. Av. Antônio Carlos, 6627 – Unidade Administrativa II – 2º. Andar – sala 2005. CEP 31.270-901. BH. MG. Telefax: (031) 3409-4592. Email: coep@prpq.ufmg.br.

COEP Sec. Municipal de Saúde. Avenida Afonso Pena, 2336 - 9º andar. Bairro Funcionários - Belo Horizonte - MG CEP 30130-007 Tel:

Anexo F

Roteiro de observação de campo.

A observação acontecerá dentro do SRT e inclui, se houver, as reuniões entre os moradores e os técnicos e entre os próprios moradores, se assim for permitido. Acontecerá também a observação, caso seja permitido, das saídas dos moradores para passeios, consultas, visitas, atividades coletivas fora do SRT, etc.

O pesquisador irá observar:

- 1) Qual a apropriação o morador faz o espaço da casa.
- 2) Qual a apropriação que o morador faz do espaço do bairro e da cidade.
- 3) Como faz sua participação na organização da casa.
- 4) Como é a autonomia dos moradores em relação às atividades de vida diária, aos cuidados com seu remédio, com sua consulta com médicos e com sua agenda social.
- 5) O morador tem interesse de interagir com o espaço da cidade?
- 6) O morador é estimulado a participar de atividades coletivas fora do SRT?
- 7) O SRT é apenas um espaço de abrigo?
- 8) Há convivência com outras pessoas fora do ambiente do SRT (vizinhos, comerciantes, amigos)?
- 9) De que forma o SRT lhe dá com as relações afetivas de seus moradores dentro e fora deste espaço?

Anexo G

Andamento do Projeto

File Edit View History Bookmarks Window Help

http://portal2.saude.gov.br/sisnep/pesquisador/extrato_projeto.cfm?CODIGO=429461

coep ufmg

Andamento do Projeto

Andamento do projeto - CAAE - 0274.0.203.410-11

Título do Projeto de Pesquisa
A produção de subjetividade de moradores dos Serviços Residenciais Terapêuticos no território.

Situação	Data Inicial no CEP	Data Final no CEP	Data Inicial na CONEP	Data Final na CONEP
Aprovado no CEP	25/05/2011 15:26:46	08/09/2011 08:55:01		

Descrição	Data	Documento	Nº do Doc	Origem
2 - Recebimento de Protocolo pelo CEP (Check-List)	25/05/2011 15:26:46	Folha de Rosto	0274.0.203.410-11	CEP
3 - Protocolo Aprovado no CEP	08/09/2011 08:55:01	Folha de Rosto	274/11	CEP
1 - Envio da Folha de Rosto pela Internet	18/05/2011 11:49:48	Folha de Rosto	FR429461	Pesquisador

[Voltar](#)

Andamento do Proj...

EN | 12:49

Anexo H

Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

Parecer: 0274.0.203.410-11A

Pesquisadora responsável: Cornelis Johannes van Stralen

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte – CEP/SMSA/BH aprovou em 07 de fevereiro 2012, o projeto de pesquisa intitulado “A PRODUÇÃO DE SUBJETIVIDADE DE MORADORES DOS SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS NO TERRITÓRIO”, bem como seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao CEP um ano após início do projeto ou ao final deste, se em prazo inferior a um ano.



Rosiene Maria de Freitas

P/Rosiene Maria de Freitas

Coordenadora Adjunta do CEP/SMSA/BH

Avenida Afonso Pena, 2336, 9º andar. Funcionários - Belo Horizonte. 30.130-007 - MG.
coep@pbh.gov.br TEL.: (31) 3277-5309 FAX: (31) 3277-7768

