

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS

LUCAS HENRIQUE BRAGA

**TERRITÓRIO E SUBJETIVIDADE:
Os desafios da cidadania no cotidiano
de usuários de serviços de saúde mental**

Belo Horizonte
2013

LUCAS HENRIQUE BRAGA

**TERRITÓRIO E SUBJETIVIDADE:
Os desafios da cidadania no cotidiano
de usuários de serviços de saúde mental**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Psicologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia Social

Orientadora: Profa. Dra. Izabel Christina Friche Passos.

150
B830t
2013

Braga, Lucas Henrique
Território e subjetividade [manuscrito]: os desafios da cidadania no:
cotidiano de usuários de serviços de saúde mental / Lucas Henrique Braga.

- 2013.

74 f.

Orientador: Izabel Christina Friche Passos.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências.

.1. Psicologia - Teses. 2. Saúde mental – Teses. 3. Subjetividade – Teses. 4. Cidadania – Teses. I. Passos, Izabel Christina Friche. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Filosofia. III. Título.



FOLHA DE APROVAÇÃO

TERRITÓRIO E SUBJETIVIDADE: Os desafios da cidadania no cotidiano de usuários de serviços de saúde mental

LUCAS HENRIQUE BRAGA

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PSICOLOGIA, como requisito para obtenção do grau de Mestre em PSICOLOGIA, área de concentração PSICOLOGIA SOCIAL, linha de pesquisa Cultura, Modernidade e Processos de Subjetivação.

Aprovada em 10 de maio de 2013, pela banca constituída pelos membros:


Prof(a). Izabel Cristina Fichte Passos - Orientador
UFMG


Prof(a). Juarez Pereira Furtado
UNIFESP


Prof(a). Gilko Kato
UFMG

Belo Horizonte, 2 de maio de 2013.

AGRADECIMENTOS

Meus mais sinceros agradecimentos a todas as pessoas que estiveram comigo durante esses dois anos de dedicação e trabalho. A presença de cada um, à sua maneira, tornou essa empreitada possível e mais prazerosa.

Izabel, agradeço em primeiro lugar pela aposta neste trabalho e pelos inúmeros momentos em que me ofereceu sua escuta atenta e contribuições valiosas. Agradeço, também, por encorajar minhas investidas, ensinando que a pesquisa vai muito além da academia.

Aos meus pais e minha irmã, agradeço pela compreensão e carinho. Ao Vicente, por acolher meu amor e me permitir crescer junto. Ao Diego, pelo companheirismo, presença reconfortante e dedicação.

Aos amigos, essenciais, agradeço as trocas e a acolhida. Elisa, Pê, Felipe, Bela, Ricardo, Ferri, Pri e muitos outros com quem pude partilhar meus melhores momentos, obrigado! A todos do L@gir, pela convivência que espero disfrutar em muitos outros encontros. Aos colegas de Nova Lima e do Pai-Pj, agradeço pela oportunidade de crescimento e parabenizo pela construção de um belo trabalho.

À Coordenação de Saúde Mental da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, agradeço pela oportunidade concedida e abertura para mostrar o trabalho desenvolvido. Aos participantes da pesquisa e demais pessoas envolvidas, obrigado por tornarem este trabalho possível.

RESUMO

BRAGA, L. H. (2013). *Território e Subjetividade: Os desafios da cidadania no cotidiano de usuários de serviços de saúde mental*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

O Movimento da Reforma Psiquiátrica é responsável, no Brasil, pela reformulação do trabalho no campo da saúde mental. A partir de um novo paradigma de cuidado, tem-se pensado em uma prática que considera o sujeito inserido em um contexto muito mais amplo do que a atenção à saúde oferecida em instituições hospitalares. O trabalho que tem sido desenvolvido pretende abranger a produção da vida desses sujeitos, considerando a singularidade das interações de cada um nos seus diferentes espaços de sociabilidade. O novo paradigma de cuidado, baseado na atenção psicossocial, gerou a necessidade de novos serviços, cuja premissa é justamente a promoção da autonomia dos sujeitos, permitindo, ao mesmo tempo, a complexificação da vida à medida que são estabelecidos os contatos com o território. Entretanto, a simples criação de serviços pelo poder público não implica na imediata superação do modelo manicomial, que ainda se faz presente e gera novas formas de segregação e estigmatização. Dessa forma, conceitos como o de espaço, território e cidade são fundamentais para se repensar as práticas, e são analisados no presente trabalho segundo a ótica de autores que se dedicaram a discutir a questão. As teorias serviram como base para uma pesquisa empírica, realizada junto a usuários de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico que fazem parte da Rede de Atenção Psicossocial de Belo Horizonte. Participaram da pesquisa cinco sujeitos, entre moradores de Serviços Residenciais Terapêuticos e/ou usuários de Centro de Convivência de uma das regionais do município. Foram realizadas observações participantes do cotidiano desses sujeitos, buscando-se identificar como estabelecem as suas relações com o território e com os serviços que os assistem. A partir dos dados obtidos, foi feita uma análise crítica que traz contribuições para as novas práticas preconizadas pela Reforma Psiquiátrica.

Palavras-chave: Saúde Mental. Território. Subjetividade. Serviços substitutivos.

ABSTRACT

BRAGA, L. H. (2013). *Territory and Subjectivity: The challenges of citizenship in the daily life of mental health services*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

The Psychiatric Reform Movement is responsible, in Brazil, for the labor reformulation in the mental health field. Whereof this new care paradigm, a practice which considers the subject inserted in a wider context than the one offered by the health attention in the hospitals has been thought. The work that has been developed intend to encompass these subjects' life production, considering each one's uniqueness of the interactions in the different spaces of sociability whereby they move along. The new care modality created the need of an outbreak of new services, whose work premise is exactly the promotion of the subjects' autonomy, allowing life, at the same time, to become more complex as the contacts with the territory are established. However, the simple creation of the services by the State doesn't imply the immediate overcome of the psychiatric hospitals' model, which still makes itself present and generate new ways of segregation and stigmatization regarding the users of mental health services. Thus, concepts like space, territory and city are crucial to think about this new labor modality, and they are analyzed in this article according the authors who dedicated themselves to think about this question. These theories served as the basis for an empiric research, accomplished with the users of substitute services to the psychiatric hospital, which compose the Belo Horizonte's Psychosocial Attention Network. Five subjects, among the Therapeutic Residential Services's residents and Companionship Center's users of a municipality's regional, participated in the research. Participating observations of the subjects' everyday were achieved, trying to identify how their relationships with the territory and the services which assist them are established. Through the acquired data, a critical analysis of the observed points was made, seeking to contribute with the new practices in mental health preconized by the Psychiatric Reform.

Keywords : Mental Health. Territory. Subjectivity. Substitute Services.

Lista de siglas

SRT	Serviço Residencial Terapêutico
CERSAM	Centro de Referência em Saúde Mental
ASUSSAM/MG	Associação dos Usuários de Serviços de Saúde Mental de Minas Gerais
SUS	Sistema Único de Saúde
EJA	Educação de Jovens e Adultos
FEBEM	Fundação Estadual para o Bem-Estar do Menor
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
Referências.....	13
2 ARTIGO DE REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	16
Território, espaço e cidade: análise de conceitos-chave para o trabalho em saúde mental sob a perspectiva da Reforma Psiquiátrica	16
Panorama da Política de Saúde Mental	17
Serviços de saúde mental e o habitar como nó central da Rede de Atenção Psicossocial.....	23
Os desafios persistentes da desinstitucionalização.....	30
A cidade e os modos de subjetivação.....	31
Para não concluir... ..	36
Referências.....	38
3 ARTIGO DE DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA EMPÍRICA	45
Cidade múltipla, vidas singulares: análise de narrativas do cotidiano de usuários de serviços substitutivos a internação psiquiátrica	45
Delineamento da pesquisa e definição do campo.....	47
Ouvindo vozes: aproximação dos atores sociais através da pesquisa qualitativa.....	50
<i>As marcas da exclusão de Ana</i>	<i>51</i>
<i>O canto abafado de Carmem</i>	<i>55</i>
<i>O cotidiano institucional de Antônio</i>	<i>58</i>
<i>Alberto e suas redes múltiplas</i>	<i>63</i>
<i>Luísa e a delicadeza dos primeiros passos.....</i>	<i>66</i>
Discussão	71
Referências	73

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos 30 anos, o Brasil vem passando por um processo de mudanças políticas, sociais, culturais, administrativas e jurídicas que visam transformar a relação da sociedade para com a pessoa em sofrimento mental¹. Trata-se do movimento de desinstitucionalização dos pacientes psiquiátricos, também conhecido como Reforma Psiquiátrica. Inspirados pela força do movimento da Psiquiatria Democrática italiana e apoiados por outros movimentos sociais brasileiros (como o dos trabalhadores da saúde mental), os cidadãos de alguma forma envolvidos com essa luta passaram a exigir uma nova proposta para o atendimento dos pacientes psiquiátricos (Amarante, 1998).

Em 1989, um projeto de lei de autoria do deputado Paulo Delgado começa sua tramitação no Congresso Nacional, sugerindo mudanças na legislação psiquiátrica e se tornando catalizador dos debates acerca da questão antimanicomial. Em 2001, ocorre a aprovação do projeto, após algumas modificações, tornando-se a Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Desde então, muito já foi feito em benefício daqueles que passaram anos em situação de extremo abandono nos hospitais psiquiátricos. Entretanto, a *práxis* em saúde mental requer um olhar sempre atento e instigante, fomentando questionamentos acerca de práticas e serviços que pretendam romper com o conhecimento tradicional da psiquiatria clássica. Os novos serviços, também chamados “substitutivos ao hospital psiquiátrico”, devem se diferenciar das práticas tradicionais, primordialmente, pelo

¹ Trata-se de uma das nomenclaturas que têm sido utilizadas para designar esses sujeitos, em substituição à antiga denominação “doente mental”, considerada estigmatizante. Apesar de ainda existir dificuldade de adequação dos novos termos, optou-se por essa nomenclatura no presente trabalho. Por vezes, também será utilizado o termo “louco”, tal como em muitos trabalhos que visam uma nova apresentação da loucura de um ponto de vista despido de antigos preconceitos.

olhar dos trabalhadores envolvidos, que não deve nunca ser um olhar manicomial, mas, sim, respeitador do sujeito e de suas singularidades. (Lobosque, 1997).

É de capital importância, portanto, que atentemos para essa reinserção da pessoa em sofrimento mental na sociedade e no resgate de sua cidadania, pois, por muito tempo, lhe foi subtraída a possibilidade de inscrição no espaço da cidade e no mundo dos direitos (Birman, 1992). Justamente por isso, ainda vemos sinais da dificuldade enfrentada pelas pessoas em conviver com o dito “doente mental”, fato que requer uma investigação detalhada e cuidadosa. O presente trabalho pretende trazer uma contribuição para este campo, recolhendo, através de incursões pela cidade com esses sujeitos, narrativas e vivências da loucura nas ruas.

Seguindo as recomendações do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), este trabalho será apresentado no formato de dois artigos científicos. Dessa forma, compõem a presente dissertação um artigo teórico e um artigo empírico, que corresponde ao estudo principal. Em alguns momentos do trabalho haverá a repetição de algumas informações, tendo em vista o formato adotado para a dissertação.

O artigo teórico consiste de uma revisão de literatura sobre a Reforma Psiquiátrica e alguns dos dispositivos da rede de saúde mental de Belo Horizonte, com destaque para os Serviços Residenciais Terapêuticos e o Centro de Convivência. Além disso, foram abordados temas relacionados à questão do espaço e território, noções amplamente utilizadas dentro da nova perspectiva de trabalho em saúde mental. Tal análise teve como objetivo construir uma base teórica para o estudo empírico que se realizou com o intuito de nos aproximarmos da realidade das

peças em sofrimento mental inseridas na Rede de Atenção Psicossocial e melhor discutirmos as premissas para a conquista de sua cidadania.

O artigo empírico construiu a partir de narrativas, relatos e observações da vida cotidiana desses sujeitos, um paralelo entre suas vivências e as elaborações teóricas estudadas. Todos os participantes da pesquisa eram usuários de Serviços Residenciais Terapêuticos e/ou Centro de Convivência do município de Belo Horizonte. Os sujeitos foram escolhidos em parceria com profissionais da Rede de Atenção Psicossocial do município e da Coordenação Municipal de Saúde Mental, obtendo-se uma diversidade de vivências de institucionalização e de formas de se relacionar com a cidade. Buscou-se estabelecer um diálogo entre as situações concretas de vida dessas pessoas e as premissas defendidas pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica, contribuindo, assim, para uma melhor compreensão do significado real da conquista da cidadania por esses sujeitos.

Referências

- Amarante, P. (Org.). (1998). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.
- Birman, J. (1992). A cidadania tresloucada. In P. Amarante & B. Bezerra Junior (Orgs.). *Psiquiatria sem hospício* (pp. 71-90). Rio de Janeiro: Editora Relume Dumará.
- Lei n. 10.216. (2001, 6 de abril). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF: Presidência da República. Recuperado em 10 de janeiro de 2013 de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm
- Lobosque, A. M. (1997). *Princípios para uma clínica antimanicomial e outros escritos*. São Paulo: HUCITEC.

RESUMO

BRAGA, L. H.; PASSOS, I. C. F, (2013). *Território, espaço e cidade: análise de conceitos-chave para o trabalho em saúde mental sob a perspectiva da Reforma Psiquiátrica*. Artigo a ser submetido a periódico da área.

O Movimento da Reforma Psiquiátrica é responsável, no Brasil, pela reformulação do trabalho no campo da saúde mental. A partir do novo paradigma da atenção psicossocial, tem-se pensado em uma prática que considera o sujeito inserido em um contexto muito mais amplo do que a atenção à saúde oferecida em instituições hospitalares. O trabalho que tem sido desenvolvido no atual contexto pretende abranger a produção da vida desses sujeitos, considerando a singularidade das interações de cada um nos diferentes espaços de sociabilidade pelos quais circulam. A nova modalidade de cuidado gerou a necessidade do surgimento de novos serviços, cuja premissa de trabalho é justamente a promoção da autonomia dos sujeitos, permitindo, ao mesmo tempo, a complexificação da vida à medida que são estabelecidos os contatos com o território. Entretanto, a simples criação de serviços pelo poder público não implica na imediata superação do modelo manicomial, que ainda se faz presente e gera novas formas de segregação e estigmatização dos usuários de serviços de saúde mental. Dessa forma, conceitos como o de espaço, território e cidade são fundamentais para se pensar essa nova modalidade de trabalho, e são analisados no presente artigo segundo a ótica de autores que se dedicaram a pensar a questão.

Palavras-chave: Saúde Mental. Território. Espaço. Serviços substitutivos.

ABSTRACT

BRAGA, L. H.; PASSOS, I. C. F. (2013). *Territory, space and city: analysis of key-concepts for the work with mental health under the perspective of the Psychiatric Reform*. Article to be submitted to periodic of the field.

The Psychiatric Reform Movement is responsible, in Brazil, for the labor reformulation in the mental health field. Whereof this new care paradigm, a practice which considers the subject inserted in a wider context than the one offered by the health attention in the hospitals has been thought. The work that has been developed intend to encompass these subjects' life production, considering each one's uniqueness of the interactions in the different spaces of sociability whereby they move along. The new care modality created the need of an outbreak of new services, whose work premise is exactly the promotion of the subjects' autonomy, allowing life, at the same time, to become more complex as the contacts with the territory are established. However, the simple creation of the services by the State doesn't imply the immediate overcome of the psychiatric hospitals' model, which still makes itself present and generate new ways of segregation and stigmatization regarding the users of mental health services. Thus, concepts like space, territory and city are crucial to think about this new labor modality, and they are analyzed in this article according the authors who dedicated themselves to think about this question.

Keywords : Mental Health. Territory. Space. Substitute Services.

2 ARTIGO DE REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Território, espaço e cidade: análise de conceitos-chave para o trabalho em saúde mental sob a perspectiva da Reforma Psiquiátrica

A concepção de Foucault (2008) de que vivemos uma era em que o controle biopolítico incide sobre a vida como um todo nos exige formas de analisar e resistir aos mecanismos de controle. No que diz respeito às pessoas em sofrimento mental², a violência assume diferentes aspectos, que vão de experiências de confinamento à medicalização e psicologização dos modos de vida. Exemplos de tais mecanismos podem ser observados no cotidiano dos sujeitos que, após a desospitalização, vivem formas diversas e únicas de se relacionarem com as cidades, seus espaços de convívio e os serviços públicos que os acolhem.

Problematizar as novas formas de produção da vida nesse contexto, propondo maneiras de intervir, é também afirmar, a um só tempo, um modo de compreender o mundo, fazer ciência e interferir na realidade desses sujeitos. Nosso papel seria o de agenciadores e intensificadores de espaços de voz desses sujeitos, sem, no entanto, tirar-lhes a autonomia de sua própria luta (Ferreira Neto, 2004).

Antônio Lancetti (2008) observa que, ao transpor a porta do hospício e ganhar as ruas, essas se tornam novos *settings*, que catalisam a produção de cidadania e subjetividade. O autor defende nesse processo o surgimento de uma anticlínica, no sentido etimológico do termo, significando não o cuidado inclinado sobre um

² Trata-se de uma das nomenclaturas que têm sido utilizadas para designar esses sujeitos, em substituição à antiga denominação “doente mental”, considerada estigmatizante. Apesar de ainda existir dificuldade de adequação dos novos termos, optou-se por tratá-los como pessoas em sofrimento mental. Por vezes, também será utilizado o termo “louco”, como é utilizado em muitos trabalhos que visam uma nova apresentação da loucura de um ponto de vista descontaminado de antigos preconceitos.

paciente no leito, mas sim da clínica que coloca o sujeito em movimento, em busca da própria subjetividade.

O presente trabalho, apresentado como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Psicologia Social pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), sob orientação da segunda autora, tem como objetivo fornecer base teórica para uma pesquisa empírica realizada pelo primeiro autor com usuários de serviços de saúde mental do município de Belo Horizonte, apresentando uma revisão bibliográfica a respeito da temática das políticas públicas de saúde mental que trazem como cerne do seu funcionamento a convivência e o habitar, entrelaçando tal análise com as construções teóricas acerca do território e espaço social. Pretende, também, apresentar uma descrição sucinta de dois serviços de saúde mental de Belo Horizonte, os Serviços Residenciais Terapêuticos e os Centros de Convivência, que têm seguido essa outra lógica de trabalho, mais complexa na medida em que rompe com a suposta proteção dos muros hospitalares e se ocupa da vida das pessoas em sofrimento mental em outros espaços de convívio.

Panorama da Política de Saúde Mental

As discussões propostas pelo movimento da Reforma Psiquiátrica têm contribuído, ao longo dos anos, para a forma como as políticas públicas brasileiras, em especial as políticas de saúde, vêm configurando a assistência à pessoa em sofrimento mental. Historicamente, os serviços tradicionais de saúde mental surgiram sem levar em consideração aspectos referentes ao processo de trabalho e organização da atenção. Com a crítica aos manicômios trazida pela Reforma e a necessidade de se criar e fortalecer um sistema de saúde alternativo ao modelo

hospitalocêntrico, que ofereça outras respostas à pessoa em sofrimento mental, a nova vertente da saúde mental adota a estratégia da articulação intersetorial. A partir da criação de instrumentos de participação popular e a aproximação de usuários, familiares e sociedade civil, a iniciativa da Reforma Psiquiátrica extrapolou o setor de saúde e passou a contar com a adesão desses segmentos da sociedade. A desinstitucionalização e a desconstrução do cotidiano das instituições psiquiátricas tradicionais se tornam as principais vias de transformação da realidade do louco (Furtado & Onocko Campos, 2005). No Brasil, a nova política de saúde mental passou a investir em conceitos como cidadania, reconstrução de saberes e de práticas e clínica do sujeito. O tratamento ofertado deve levar em consideração não apenas o diagnóstico e a medicalização mas também a reabilitação psicossocial desses sujeitos, desde o momento do seu acolhimento, e também como possibilidade futura ao acompanhamento (Fernandes & Freitas, 2009, p. 98).

Apesar da mudança que vem ocorrendo no cenário brasileiro no que diz respeito à atenção em saúde mental, como a redução de leitos psiquiátricos e a criação de serviços substitutivos à internação, ainda existem dados que mostram a necessidade de continuidade do trabalho e do esforço de todos os envolvidos. Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2010), no Brasil, há 35.426 leitos psiquiátricos em 208 hospitais psiquiátricos, sendo que desses, aproximadamente 10.722 são ocupados por pacientes de longa permanência, ou seja, pessoas vivendo como moradores (por dois anos ou mais ininterruptos). A nova configuração das políticas de saúde e a ampliação da atuação dos serviços substitutivos têm tido essa população como foco da reabilitação nos últimos anos.

Em Belo Horizonte, a Política de Saúde Mental definiu como um dos eixos centrais para seu funcionamento, desde 1993, o diálogo com a cidade. A partir daí, o

louco se torna um sujeito participante do cotidiano da urbe, com a possibilidade de agir sobre ela e por ela ser afetado, em uma relação sempre dialética. O nível de destaque alcançado pelo município atualmente, dentro do cenário nacional da saúde mental, ocorre em grande parte porque se tem procurado trabalhar em interlocução com os movimentos sociais organizados (Fórum Mineiro de Saúde Mental³, ASUSSAM-MG⁴), porta-vozes dos usuários dos serviços. O Poder Público Municipal tem a ambição de operar mediando a relação das pessoas em sofrimento mental com a cidade que os acolheu.

Segundo Lobosque e Abou-Yd (2008), intervenções amplas são pensadas e encorajadas, e ações intersetoriais com outras Secretarias também desempenham um papel importante em prol do convívio entre a loucura e os demais atores sociais, tendo a intersetorialidade como um dos pilares do trabalho. A forma como a cidade se abre (ou não) ao sujeito é o que a torna objeto tão particular e precioso na prática em saúde mental. Ao mesmo tempo, a nova diretriz das políticas públicas nos faz questionar como têm se estabelecido as relações entre a loucura e seus espaços de convívio, dada a diversidade e a novidade das organizações sociais que regulam essa interação, a começar pelos próprios serviços substitutivos (Saraceno, 1999). Faz-se necessário um olhar atento e constante, para que não se tenha uma visão

³ Constituído em 1992 como um veículo coletivo de militância antimanicomial em Minas Gerais, é composto por usuários e trabalhadores dos serviços de saúde mental, além de familiares. Atualmente, possui parceria firmada com a Coordenação de Saúde Mental de Belo Horizonte, mas segue sendo organizado como movimento social, funcionando como espaço catalisador da criação de projetos, ações, estratégias e intervenções. É integrado, ainda, ao Movimento Nacional da Luta Antimanicomial e à Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial, assegurando, assim, a interlocução com as políticas locais.

⁴ Associação de Usuários dos Serviços de Saúde Mental de Minas Gerais, fundada em 1994 no Centro de Convivência Arthur Bispo do Rosário. Seu estatuto prescreve a participação exclusiva de usuários na Diretoria Executiva e abre a possibilidade de participação de técnicos, usuários e familiares no Conselho Fiscal. Constitui-se como associação civil, sem fins lucrativos, políticos ou religiosos e possui objetivos ligados à promoção de atividades, estabelecimentos de acordos e convênios com as mais diversas iniciativas, fiscalização do cumprimento das deliberações dos usuários e familiares dos serviços de saúde mental, entre outros.

idealizada e simplificada de tais contextos, ignorando tudo que está em jogo bem como as contradições inerentes ao próprio processo de se habitar o meio social.

A Política de Saúde Mental de Belo Horizonte vem se esforçando para articular os serviços em torno de uma meta pautada no paradigma da reabilitação psicossocial⁵, trazendo conceitos como o de clínica ampliada e a perspectiva organizativa do planejamento para o trabalho com o usuário dos serviços de saúde mental. Para isso, procura-se envolver todos os atores em um processo de aprendizagem e corresponsabilização, tendo a intersetorialidade como estratégia de resposta às demandas que são geradas pelo público dos serviços em prol de uma perspectiva mais descentralizada das políticas.

Pensar não só a atuação do serviço em articulação com os outros equipamentos de saúde mas também com o sujeito usuário, a família e, mais além, a comunidade local é indispensável para a formulação de ações. Como visto, o caráter da Reforma Psiquiátrica vai muito além da simples implementação de novos serviços. Exige que os profissionais atuantes nas mais diversas instâncias estejam imbuídos de uma prática e uma postura profissional completamente distinta do modelo anterior, asilar e segregacionista (Costa-Rosa, Luzio & Yasui, 2003), consonantes com uma ética de coparticipação e inclusão que constitui um novo paradigma da atuação em saúde mental (Furtado & Onocko Campos, 2005). A ideia da política de saúde mental, nessa nova configuração, é investir e envolver os sujeitos mobilizados (usuários, comunidade local, meios de comunicação, sujeitos

⁵ A reabilitação psicossocial é um conceito trabalhado por Saraceno (1999), no contexto da desinstitucionalização de pacientes psiquiátricos. Autores brasileiros, como Costa Rosa, Luzio e Yasui (2005), fazem críticas ao uso do termo pelo fato de remeter a uma situação de desabilidade instaurada anteriormente, em pacientes psiquiátricos crônicos. Propõem, como substituição ao termo, a ideia de Atenção Psicossocial, como uma construção mais positiva e voltada para a promoção de saúde dentro da singularidade de cada sujeito. Entretanto, vale ressaltar a importância e a atualidade das reflexões trazidas por Saraceno para o trabalho em saúde mental.

políticos e institucionais) na prática da desinstitucionalização, multiplicando relações e produzindo comunicação, solidariedade e mesmo o conflito entre os diversos setores e parcelas da sociedade (Rotelli, Leonardis & Mauri, 2001).

Furtado e Onocko Campos (2005) fazem questionamentos acerca desse caráter instituinte que o Movimento Antimanicomial assume desde o seu surgimento e a sua inclusão dentro da política pública formalizada no SUS. É importante pensar como os referenciais marcantes da Reforma Psiquiátrica podem ser transpostos para os novos serviços, de modo a garantir a continuidade da essência libertadora das práticas no cotidiano dos equipamentos públicos. Adotar o referencial da reforma na formatação de uma política significa lidar com o desafio da construção do novo e de um trabalho com a tendência de se movimentar para fora daquilo que é institucional e instituído.

Dada a dificuldade do Estado de atuar além de suas fronteiras, de forma democrática e em interlocução com a sociedade civil, como evitar que, ao se tornarem parte de uma política, as iniciativas ligadas a movimentos de origem popular sejam indexadas à política, perdendo sua autonomia e criatividade, essenciais para a prática preconizada pelo novo paradigma da atenção psicossocial? Considerando a importância do envolvimento dos trabalhadores na *práxis* da reforma psiquiátrica para o alcance concreto dos seus objetivos, até que ponto a relação entre usuário e trabalhador estaria imbuída das novas concepções?

A própria nomenclatura “Serviço Residencial Terapêutico”, segundo Furtado (2006), induz ações distantes da lógica de uma moradia, mas são assim estabelecidos para justificar a sua inserção no Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, pensar a intersectorialidade de uma forma real implica em enxergar muito além dos braços do Estado. A intersectorialidade implica no exercício do controle social no

SUS, dando força política a vários setores da sociedade. A inserção do louco na cultura implicaria romper com o espaço contido pela rede assistencial, que não pode ter a pretensão de comportar a multiplicidade da vida daqueles sujeitos. Ao mesmo tempo em que interliga serviços, a metáfora da “rede” tem uma dimensão de captura à qual é preciso ficarmos atentos (Ferreira Neto, 2011).

Além disso, pensa-se em um espaço de governabilidade que possa apontar para desafios maiores, como a construção coletiva de objetivos, processos de trabalho e estímulo à mobilização e assunção de responsabilidades como atitude política, indo muito além da simples delegação de funções no plano técnico (Nilo, et al., 2008). Trata-se da democratização das ações e comunicação dos diversos níveis (gerencial, técnico, dos usuários e interserviços), sendo, simultaneamente, produtos e instrumentos de gestão. A iniciativa do Estado, portanto, deve ser cuidadosa e, mais ainda, encorajadora, regulando o trabalho dos serviços, mas possibilitando a proposição de intervenções criativas afinadas com os contextos locais e singularidades de cada usuário.

Um questionamento essencial feito pelos seus próprios atores na discussão da política de saúde mental de Belo Horizonte é acerca de seu caráter “substitutivo”. Quais são os indicadores que evidenciam os componentes e o cumprimento dos objetivos desse tipo de serviço? (Santos-Filho, 2008). Os casos de desospitalização e a redução do número de reinternações psiquiátricas ou de primeiras internações são dados importantes, certamente. Entretanto, partindo do paradigma da reabilitação/atenção psicossocial, é importante atentar para o funcionamento dos novos serviços, que se propõem a acolher o sujeito dentro de suas particularidades e promover seu encontro com a convivência social, o trabalho, o lazer, e demais aspectos da vida cotidiana. São múltiplos fatores que tornam esse processo de

reabilitação psicossocial algo complexo e de difícil observação sem uma aproximação minuciosa da prática dentro dos serviços substitutivos (Saraceno, 1999). Importante ressaltar ainda que, desde a Portaria n. 3.088/2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial, o Ministério da Saúde preconiza a diversificação das ações, a intersetorialidade, a realização de atividades no território e a ênfase em serviços de base territorial e comunitária. São diretrizes que reforçam o caráter inovador dessas novas práticas que estão no cerne dos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico.

Serviços de saúde mental e o habitar como nó central da Rede de Atenção Psicossocial

Os serviços substitutivos à estratégia exclusiva de internação, na medida em que vão se consolidando, colocam o desafio da superação do antigo modelo manicomial. Saraceno (1999) ressalta a importância do local onde ocorre a reabilitação, variável decisiva que, com frequência, é omitida nos textos sobre programas reabilitativos. Os lugares, contextos e motivação inerentes ao processo, pelo contrário, merecem lugar de destaque, sendo determinantes da evolução do processo na maioria dos casos. São esses elementos da “vida real” dos sujeitos e dos serviços os merecedores de atenção por parte dos gestores, técnicos e demais envolvidos no trabalho em saúde mental. Lancetti (2008) defende a complexificação da vida dos sujeitos durante o processo de desconstrução manicomial, em um esforço para romper com a rotina hospitalar, das enfermarias e clínicas psiquiátricas, marcadas por procedimentos cronificantes que tendem à simplificação da vida e ao empobrecimento mental dos sujeitos. As ações de saúde mental pensadas a partir do território geográfico e do espaço de convívio dos sujeitos, mescladas com o

universo que permeia as relações sociais (cultural, midiático, religioso e inúmeros outros), devem ser, portanto, ações complexas.

Para Saraceno (1999), o estilo de trabalho desenvolvido dentro de um serviço pode ser analisado de acordo com suas estratégias organizativas e afetivas, e com o investimento dos operadores em organizar os recursos disponibilizados no interior dos equipamentos públicos. As respostas às demandas de tratamento e a interação com a pessoa em sofrimento mental podem refletir uma reprodução de técnicas uniformizantes, já pré-determinadas pelo que se acredita ser o papel daquela instituição. Em prol de se preservar essa identidade institucional, desenvolvem-se tarefas únicas e estereotipadas para todos os usuários, respostas mínimas do ponto de vista material, afetivo e intelectual.

Contrária a isso, a caracterização de um serviço como permeável quer dizer principalmente a constante disponibilização dos recursos e ocasiões negociáveis aos operadores e usuários das políticas, ampliando sempre o olhar e evitando, assim, circunscrever o serviço em uma gama limitada de ações fragmentadas. O serviço não deveria produzir uma oferta fechada, limitando o sujeito a determinados modos de interação dentro daquele espaço, mas, ao contrário, permitir a invenção de novos modos de vida e a interação com os recursos circunstantes, os quais muitas vezes sequer são vistos.

A criação de dispositivos como o Centro de Convivência (Portaria 396/2005), almeja viabilizar a permeabilidade e a comunicação entre os sujeitos usuários e a cidade, compreendida de forma ampla. O encaminhamento de um usuário para esse serviço é parte do projeto terapêutico elaborado para aquele sujeito, que irá ter acesso às oficinas, passeios, festas, jogos, participação em assembleias e demais eventos do Centro de Convivência, com a finalidade principal de encontro e

aproximação com a cidade. A arte é tida como meio imprescindível de conhecimento e transformação, sendo deslocada do mero âmbito dos objetos para o âmbito da vida e da experiência. A participação na rotina do serviço é também exercício político e relacional, cujos reflexos irão reverberar nas outras relações daquele sujeito, seja com a família ou em qualquer outro espaço de convívio, possibilitando a ampliação das redes daquele sujeito.

Com essa premissa, o Centro de Convivência se torna essencialmente um equipamento público que opera para fora de si mesmo, devendo possibilitar o debate com a cidade, a reinvenção cotidiana de suas práticas e a descoberta de possibilidades de vida para cada um dos usuários. Tidos como estratégicos para a mudança da cultura de exclusão das pessoas em sofrimento mental, os Centros de Convivência operam também com articulações e mudanças nos aparatos jurídicos, administrativos e assistenciais (Nilo, et al., 2008). Contraditoriamente, o ingresso nesses serviços, no município de Belo Horizonte, ocorre somente caso o sujeito esteja em tratamento na rede de saúde mental do município, questão que será abordada de maneira mais aprofundada no artigo empírico posterior.

Os Centros de Convivência, ao mesmo tempo em que pretendem uma intervenção no cerne da vida nas cidades, se inserem dentro da política pública, o que nos leva a uma reflexão. Trabalha-se para uma construção cada vez mais autônoma, que possa prescindir de ambientes protegidos e encarar o dissenso e as contradições da cidade. Essa busca constante requer uma visão que vai além da política pública, pois ao mesmo tempo em que deve respeitar a intimidade do sujeito, deve transformá-lo em motor de mudança social.

Segundo Furtado e Onocko Campos (2005), existem fatores que colocam em xeque essa premissa. Dois deles são a formação e a atuação das diversas

categorias de trabalhadores da rede de saúde mental, cuja formação muitas vezes não assimilou as discussões trazidas pela Reforma Psiquiátrica e faz com que acabem correndo o risco da burocratização e alienação no campo de trabalho. Os desdobramentos da lida com a loucura é algo complexo, como evidenciado pelos diversos modos de segregação contra os quais se tem lutado ainda hoje, e, por isso, é necessária maior atenção aos trabalhadores das novas modalidades de serviços de saúde mental. A identificação desse processo está também a cabo da gestão participativa dos serviços, não somente em reuniões de equipe, mas no comprometimento de todos os envolvidos no trabalho.

O Serviço Residencial Terapêutico é outro importante equipamento integrante da rede de saúde mental. Híbrido entre serviço e moradia, engendra em si mesmo as contradições dessa dupla caracterização. Foi instituído pela Portaria n. 106/2000, constituindo-se em “moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar das pessoas com transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e que viabilizem sua inserção social” (Brasil, 2004, p. 100).

O número de moradores em cada residência é de no máximo oito pessoas, que deverão contar sempre com suporte profissional para atendimento às demandas e necessidades de cada um (Brasil, 2004). O objetivo central do serviço é

contemplar os princípios da reabilitação psicossocial, oferecendo ao usuário um amplo projeto de reintegração social, por meio de programas de alfabetização, de reinserção no trabalho, de mobilização de recursos comunitários, de autonomia para as atividades domésticas e pessoais e de estímulo à formação de associações de usuários, familiares e voluntários.

Ao mesmo tempo em que habitar diz respeito a uma série de relações com o espaço, que é única em cada contexto e para cada sujeito, o fato de se criar uma

política pública, regida por leis, normas e regulamentos gera uma série de questionamentos acerca de como se dá esse processo na prática. A noção de casa sugere uma aquisição do uso dos espaços e do tempo segundo linhas não institucionais, uma reaquisição de sentido para os sujeitos que passaram pela experiência da institucionalização. Ao mesmo tempo, o seu pertencimento à Rede de Saúde Mental implica uma tutela, ainda que diferenciada daquela do hospital psiquiátrico, da construção cotidiana de cada usuário se fazer morador de uma casa e habitante de um território. Tratam-se de questões que serão melhor desenvolvidas em artigo que aborda empiricamente essa visão.

Um SRT será, portanto, sempre mais e menos que uma casa (Nilo, K. et al., 2008). Mais porque seus moradores não se enquadram no modelo de grupo que caracterizaria uma república ou pensionato, exigindo um cuidado especial, e menos porque se trata de um dispositivo gerido pelo poder público. São sujeitos que encontraram na política pública local de acolhimento para seu abandono e vivenciam os frutos dessa peculiar forma de morar. O que é indispensável dentro desses serviços é o trabalho de des-simbolização e re-simbolização dos aspectos banais da vida. As escolhas que vão sendo feitas pelos moradores, a rotinização de suas atividades cotidianas é passo essencial no processo de desmontagem da instituição que regulou e ainda regula a vida do louco.

Nesse sentido, as outras pessoas envolvidas no cotidiano dos SRTs (supervisores, cuidadores, estagiários, vizinhos, familiares e atores de outras instituições) realizam função de intermediação que vai além de transpor o eixo “hospital psiquiátrico-residência”, sendo também parte do processo de mudanças no plano individual dos sujeitos moradores. Estes vão trilhando sua trajetória de construção da identidade, aceitação familiar e inserção social, através dos atos e

interações cotidianas. O processo de formação de cidadania do sujeito, portanto, ultrapassa a simples ideia de “morar” e alcança um patamar mais libertário com a noção de habitar, que está atrelada ao acesso a outros direitos como o direito ao trabalho ou à convivência social.

O dispositivo em questão tem como objetivo “viabilizar aos indivíduos o resgate da cidadania, proporcionando ferramentas para que eles possam apropriar-se de si mesmos, conquistando sua autonomia” (Alves, Casais & Santos, 2009, p. 109). Embora alguns autores apontem os avanços da desinstitucionalização e a importância do SRT no resgate da autonomia e da cidadania, há autores, como Oliveira e Conciani (2008), que apontam ainda deficiências na implantação desses serviços que refletem diretamente nos objetivos propostos: os interesses financeiros, em primeiro plano, o rodízio de gestores, a inexistência ou incipiência das redes de atenção à saúde mental, a pouca participação social, falta de capacitação de profissionais, entre outros. Além disso, destacam que o que vem ocorrendo em Cuiabá, por exemplo, é que os indivíduos são deslocados dos hospitais psiquiátricos para os SRTs, porém não há uma mudança no paradigma psiquiátrico. Dessa forma, esses dispositivos não contribuem para o resgate da autonomia de seus moradores, uma vez que é oferecido a eles um cuidado controlador, e, muitas vezes, a padronização do cuidado hospitalar é mantida.

Além das evidências trazidas por experiências pontuais, o trabalho de Furtado (2006) evidencia a opinião de importantes atores sociais, como gestores e trabalhadores da assistência, por meio da análise de textos por eles escritos registros de debates realizados sobre o tema. O autor afirma que o baixo envolvimento dos profissionais de saúde mental deve ser mais bem estudado, de maneira a compreender seus determinantes e reverter a situação, traçando

estratégias de intervenção sobre aqueles que historicamente se constituíram como principais atores sociais das mudanças em saúde mental operadas no País (Furtado, 2006).

Os novos dispositivos requerem profissionais eticamente alinhados aos princípios da reforma e tecnicamente formados para o sustento cotidiano das novas formas de atenção. Em uma avaliação da situação atual, o autor observa que, esgotado o pequeno número de militantes e outros profissionais estreitamente ligados à Reforma Psiquiátrica, resta um enorme contingente a ser inserido nesse novo referencial ético e clínico (Furtado, 2006). Outro ponto questionado por Furtado (2006) é a interação entre a verticalidade das ações e diretrizes do SUS e a horizontalidade de modelos que prezam pela maior participação dos profissionais de saúde e outros setores da população. É importante que as políticas do Ministério da Saúde cheguem aos vários níveis do país (secretarias estaduais e municipais, serviços de saúde etc.) e, ao mesmo tempo, é necessária a compreensão e adaptação dessas diretrizes ao contexto que envolve cada iniciativa, de modo a ampliar as suas possibilidades.

A cidadania tem um custo subjetivo, não se trata somente da simples restituição dos direitos formais, mas de uma construção (afetiva, relacional, material, habitacional, produtiva) de direitos substanciais. A prática terapêutica tem estado cada vez mais atrelada a essa visão, desafiadora na medida em que requer um constante questionamento da realidade e das práticas desenvolvidas. A progressiva redução dos leitos psiquiátricos, impulsionada pelo Movimento da Luta Antimanicomial e mudanças na legislação, tem feito com que as políticas públicas se reconfigurem em torno de uma nova lógica extramuros, criando serviços que devem fornecer amparo a esses sujeitos ao mesmo tempo em que devem acompanhá-los

na produção da contratualidade que, em última instância, os farão prescindir dos serviços de saúde mental.

Os desafios persistentes da desinstitucionalização

A reabilitação psicossocial que se instaura, nesses momentos (Saraceno, 1999), não somente como prática que visa aumentar as habilidades do sujeito mas também a diminuir a deficiência, é a resposta dada por uma organização social a um sujeito com desabilidades.

A loucura impôs ao sujeito a perda da contratualidade afetiva, social, econômica e civil. Frente às contradições e violências da vida cotidiana, o saber psiquiátrico impõe ao louco uma escolha forçada: viver de modo a-problemático e a-dialético, em um espaço de uma só dimensão, feito exclusivamente para abrigá-lo. A reversão desse processo, longamente instaurado durante o período em que as instituições manicomiais foram os principais destinos da loucura, requer primordialmente o reconhecimento da alteridade do louco (Saraceno, 1999).

Esse é um ponto fortemente defendido no discurso da reforma psiquiátrica, pois a não superação dessa ideologia se traduziria na reprodução de seu discurso dentro de outros cenários. A desospitalização, mero ato administrativo da saída de um paciente da instituição hospitalar, deve dar lugar à desinstitucionalização, esta última significando algo mais amplo, uma mudança no discurso sobre a loucura. De acordo com Amarante (1995, p. 494): “é este processo, não apenas técnico, administrativo, jurídico, legislativo ou político; é, acima de tudo, um processo ético, de reconhecimento de uma prática que introduz novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos”.

Desinstitucionalização, portanto, não é apenas a desconstrução das instituições fechadas, mas também deve ser uma meta, levada a cabo através da ruptura e análise crítica dos mecanismos (sociais, políticos e psicológicos) que retiram do sujeito a sua individualidade (Rotelli, 1990 citado por Saraceno, 1999) A construção do direito de cidadania é uma escolha não só ética mas também técnica e prioritária, sendo somente nessa condição que o sujeito poderá exercitar suas trocas, ser influenciado pelo seu território e nele exercer sua influência.

A reabilitação, portanto, está diretamente relacionada às produções cotidianas do sujeito, indo na contramão da estabilização crônica e do empobrecimento ambiental. A tarefa na reabilitação é sempre neutralizar os processos cronificantes, exigindo um olhar atento a tudo que leva a acomodação, restrição de estímulos, dessocialização e resignação. Trata-se de aumentar as possibilidades de trocas de recursos e afetos, abrir os espaços de relação do sujeito. A cidadania plena, consiente e a saúde mental são condições estreitamente ligadas entre si e um déficit em uma das duas implica um déficit na outra (Saraceno, 1999). Visando a uma ampliação do tema da cidadania, abordaremos a seguir a questão da cidade e seus territórios, noções que certamente contribuirão para a discussão colocada até o momento.

A cidade e os modos de subjetivação

Raquel Rolnik (1988) reconstrói em seu livro a história da cidade, espaço de moradia civilizatória por excelência da maioria da população mundial. Os primeiros indícios de cidade tiveram forma de templos construídos na Mesopotâmia, por volta de 3.000 a.C. A construção do local cerimonial pode ser considerada uma transformação na forma de se ocupar o espaço, não mais de modo nômade, mas

garantindo certo domínio sobre ele, apropriando-se do território material e simbolicamente: “O templo era o ímã que reunia o grupo” (Rolnik, 1988). Além dessa função agregativa, a construção do templo também significou a necessidade de organização do trabalho e a normatização da vida, o que possibilitou a dominação sobre a natureza. A partir daí a defesa do território e das riquezas simbólicas e materiais levou à construção da cidadela, a primeira cidade propriamente dita.

Com o surgimento e consolidação do modo de vida nas cidades, o homem passou a registrar sua história, seu conhecimento e acumular suas riquezas das mais variadas formas, desde a escrita à arquitetura urbana. Esta última é, ao mesmo tempo, continente e registro da vida social. Esses registros simbólicos do passado atravessam o tempo e se interceptam com os do presente, construindo uma rede de significados constantemente em transformação dentro das cidades contemporâneas. Os lugares de encontro, exclusão, trabalho e convivência vão se transformando, assim como os usos que os cidadãos fazem deles. É o caso dos centros de algumas cidades, por exemplo, que com o tempo vão sendo frequentados por outro público e, com frequência, diz-se que são espaços que se “deterioraram”, ou seja, se tornam símbolo de marginalidade ou pobreza.

Desde o princípio da vida nas cidades houve a necessidade de uma organização política e administrativa, na forma de uma autoridade que se encarregasse da gestão da vida pública. Essa negociação entre a multiplicidade, marcante dentro do contexto das cidades, e a vida pública, marcada por regras e regulamentos, é uma característica que se destaca desde os primórdios da história. Ao mesmo tempo, o conceito de cidadão passa a estar relacionado com o indivíduo que participa da vida política das cidades e traz o conflito entre as singularidades para o âmbito do público. Além disso, a concentração de pessoas na cidade a

invade com possibilidades de trocas, criando o mercado e a divisão do trabalho. Nas cidades contemporâneas, essa mercantilização do espaço está bastante presente e as regras que são colocadas aos seus habitantes restringem constantemente os lugares, tornando-os privatizados, vigiados e normatizados, torcendo a lógica de pensar a cidade como lugar que possibilita ao cidadão inventar cotidianamente o uso que fará dela (Carlos, 2004).

Foucault (2001) coloca a categoria espaço como central na caracterização da experiência do homem no mundo, trabalhando o conceito de heterotopia. Dentro de nossa sociedade podemos ver o que Foucault denominou de heterotopia de desvio, ou seja, espaços em que estão contidos os conflitos e tensões que se exercem pelas relações de poder em uma sociedade determinada. “São aquelas nas quais os indivíduos, cujos comportamentos são desviantes em relação às normas, são colocados” (Foucault, 2001, p. 416). Como heterotopias, tais espaços podem ser tanto herméticos quanto penetráveis; existem mesmo aqueles que, à primeira vista, podem parecer aberturas, mas servem de forma velada à exclusão. A compreensão dessa relação de repulsa e atração entre território, espaço e os sujeitos que se relacionam com eles nos faz lançar um olhar sobre esses conceitos.

Espaço e território, conforme definidos por Santos (1996), são categorias que possuem diversas acepções e sofrem influências históricas e de outros conceitos, sendo, portanto, sempre mutáveis e possuindo definições interdependentes. O conceito de espaço foi sendo desenhado pelo autor, a princípio, como mais uma das estruturas sociais criadas pelo homem, ao mesmo tempo subordinada e subordinante. Lefebvre (2006) considera que o espaço social compreende não só o espaço físico, mas também as relações sociais entre os homens. Faz parte do cotidiano dos indivíduos e, por isso mesmo, é uma categoria indissociável na análise

da vida humana. A casa, o local de trabalho, os trajetos e pontos de encontro são elementos que participam ativamente da prática social do homem, e cada nova configuração desse espaço possui uma série de significados, servindo a interesses e necessidades do contexto.

Ao movimentar-se dentro do espaço e do tempo, o homem vai se inscrevendo em novos lugares, sendo o espaço geográfico o produto desses movimentos (Abrão, 2010). Um dos conceitos-chave para a compreensão o espaço geográfico é o de técnica, sendo ela o conjunto de instrumentos que, em cada momento histórico, a sociedade vai desenvolvendo com a finalidade de criar o espaço. Os acontecimentos sociais são, então, analisados a partir da evolução dessas técnicas, que são os catalisadores da relação entre os homens e dele com a natureza (Santos, 1996). Os instrumentos de uma política pública, como é o caso dos dispositivos de saúde mental mencionados no presente trabalho, buscam encarnar a lógica antimanicomial e são frutos da evolução do pensamento do homem acerca da loucura, sendo, portanto, técnicas passíveis de análise.

O conceito de território explorado por Santos (1996), em especial, torna-se ao longo de sua obra uma categoria ainda mais definida pelo aspecto humano. É pensado para além da ocupação das subjetividades, daquilo que vemos e que não vemos. Algo que tem a ver com a relação dos sujeitos com aquele lugar. É tudo aquilo que não vem diretamente da natureza, passando pelo processo de produção que somente o homem é capaz de desempenhar. A gênese de tudo que compõe o território é técnica e social, sendo o sujeito o responsável por esse processo de uso, organização, configuração, normatização e racionalização do território à sua volta, dividindo-o no espaço, formando parcelas que se justapõem e contribuem para o

dissenso característico da vida social. Os conceitos de espaço e território supõem o acúmulo de ações provenientes de diferentes momentos históricos.

Raffestin (1993, citado por Abrão, 2010) concede ao território uma definição que passa pelas relações de poder (econômicas, políticas e culturais), trazendo essa categoria para o foco da análise do território. Territorialização, desterritorialização e reterritorialização são noções utilizadas pelo autor para caracterizar justamente o processo em que os homens, ao longo de sua história, vão exercendo dialeticamente sua influência sobre o território, sem extinguir, portanto, o que estava antes colocado, mas superando ou readaptando constantemente a realidade em função das novas configurações territoriais.

Autores Deleuzianos, como Haesbaert (2004) também fazem uma interpretação do conceito de território a partir do estabelecimento de poder político e das influências na identidade cultural das sociedades. O caráter de dominação política e a apropriação da identidade é uma marca forte da territorialidade. A partir dessa visão, a multiterritorialidade, ou seja, a sobreposição desses poderes e identidades vai dar origem a diferentes lógicas territoriais, gerando relações permeadas pela política e economia, além dos aglomerados de exclusão, estes últimos trazendo a desterritorialização como consequência. A desterritorialização é compreendida por autores como Deleuze, Guattari e outros como processo inerente ao movimento constante dos seres humanos, tendo em vista a definição de território adotada, segundo Guattari e Rolnik (1996, p. 323): “o território pode ser relativo tanto a um espaço vivido, quanto a um sistema percebido no seio da qual um sujeito se sente ‘em casa’. O território é sinônimo de apropriação, de subjetivação fechada sobre si mesma”. Souza (2003, citado por Abrão, 2010) reforça o caráter político do território, que conjuga interesses e busca autonomia, desprendendo-se da

concretude espacial. Isso garante uma maior fluidez dos territórios, estando esses mais relacionados à projeção das relações sociais no espaço. Desse modo, as ações em torno dos modos de vida, da construção de subjetividade e da produção do espaço a partir da proposta da desinstitucionalização e reabilitação psicossocial devem se pautar também pela territorialidade. Isso significa que devemos considerar tanto as relações entre os componentes sociais (cultura, política, economia) quanto os objetos geográficos apropriados pelo sujeito social e as ações, representações espaciais, discursos e ideologias próprios dos sujeitos que habitam determinado território.

Para não concluir...

Tem-se pensado cada vez mais em permeabilidade de serviços e em políticas públicas intersetoriais que dialoguem com a cidade e permitam ao louco circular e recuperar seu direito à cidadania. O valor de identidade de uma prática socioespacial deve ser compreendido em seus diversos contextos e na vivência de cada parcela da população. No caso das pessoas em sofrimento mental, há muito ocupadores de lugar nenhum, calados historicamente e alijados do convívio social pelas instituições psiquiátricas. Tal construção ocorre simultaneamente com a de uma nova urbanidade. Considerar os recursos não institucionais e comunitários como possibilidades de articulação significa se abrir para lidar com o dissenso, sendo ele próprio um recurso que tem papel fundamental dentro das relações que se estabelecem em um espaço comum.

Não haverá nunca uma igualdade inscrita dentro da ordem social; a forma como essa se manifesta é sempre através de uma perturbação. Diante disso, os

sujeitos verdadeiramente políticos não existem como entidades estáveis, mas somente enquanto desempenham esse papel, de sujeitos em ato, e, por essa condição, são sempre precários e passíveis de se confundirem novamente com simples objetos do corpo social (Rancière, 1996). O espaço, então, mais do que um mero lugar físico, diz respeito às relações entre os homens. Foucault (1998) alerta que, na sociedade de controle, os “muros” são mais intangíveis e os cidadãos correm o risco do aprisionamento “a céu aberto”.

Aqueles que estão inseridos de alguma forma na *práxis* em saúde mental interagem de maneira constante com as noções espaciais e territoriais e sua relação com o humano. Dessa forma, Baptista (2005) propõe uma forma de pensar a cidade como palco onde o dissenso, a multiplicidade, a diversidade e tudo mais que coloca em xeque o trabalho em saúde mental individualizante e simplista, possa afetar nossa maneira de encarar a loucura. As maneiras de morar e habitar são tão múltiplas quanto o são os sujeitos que as exercem, e é necessário um trabalho nesse sentido, dentro do campo da saúde mental. Dessa forma, torna-se possível o distanciamento da lógica manicomial e uma abertura aos sentidos da diversidade dos modos de vida.

Em um nível macropolítico, a articulação com setores de dentro e fora do Estado se faz imprescindível, construindo redes de diálogo dentro dos espaços de circulação dos sujeitos e, assim, garantindo que as práticas de cuidado exercidas dentro dos serviços sejam repensadas e desconstruídas diariamente. Em um nível micropolítico, a articulação de todos os sujeitos envolvidos no cotidiano desses serviços é condição para o alcance da autonomia dos usuários, que, o fará prescindir de serviços residenciais e de convivência, exercendo-as fora da rede de saúde e da tutela do Estado (Amorim & Dimenstein, 2009).

Referências

- Abrão, J. A. A. (2010). Concepções de espaço geográfico e território. *Sociedade e Território*, (22)1, 46-64.
- Alves, M. S.; Casais, N. A.; Santos, J. E. dos. (2009). Residências Terapêuticas: experiências dos residentes de saúde mental do programa da Universidade do Estado da Bahia. *Emancipação*, 9(1), 107-115.. Recuperado em 12 de abril de 2013, de <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v1v1/a06v01n1.pdf>
- Amarante, P. (1995). Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. *Cad. Saúde Pública*, (11)3, 491-494. Recuperado em 12 de outubro de 2012, de <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1995000300024>
- Amorim, A. K. A. (2008). *O Serviço Residencial Terapêutico: cartografias de um híbrido no contexto da desinstitucionalização em saúde mental*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal.
- Amorim, A. K. A. & Dimenstein, M. (2009). Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 195-204. Recuperado em 6 de abril de 2013, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100025&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S1413-81232009000100025
- Baptista, L. A. Dispositivo residencial e as máquinas do morar. (2005). In A. M. Jacó-Vilela, A. C. Cerezzo & H. B. C., Rodrigues (Orgs.). *4 Encontro Clio-Psyché – História e Memória*. Juiz de Fora, MG: Clioedel.
- Benevides R. & Passos E. (2005). A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Ciê. Saúde Colet.*, 10(3), 561-571.

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Coordenação Nacional de Saúde Mental. (2004). *Residências Terapêuticas: o que são, para que servem*. Brasília, DF.
- _____. (2010). *Saúde mental em dados* (7a ed.). Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 12 de janeiro de 2013, de <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/smdados.pdf>
- Carlos, A. F. A. (2004). *O espaço urbano: novos escritos sobre a cidade*. São Paulo: Contexto.
- Costa-Rosa, A., Luzio, C. A. & Yasui, S. (2003). Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: Paulo Amarante. (Org.). *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial* (pp. 13-45). Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Fernandes, A. H. & Freitas, L. A. (2009). Tempos de reforma psiquiátrica: a clínica da recepção e a direção do tratamento no hospital Juliano Moreira, de Salvador – Bahia in *Psicologia: Teoria e Prática*, 11(1), 97-109.
- Ferreira Neto, J. L. (2004, jan./jun.). Processos de subjetivação e novos arranjos urbanos. *Revista do Departamento de Psicologia – UFF*, (16)1. Recuperado em 1º de setembro de 2010, de <http://www.uff.br/ichf/publicacoes/revista-psi-artigos/2004-1-Cap7.pdf>.
- _____. (2011). *Psicologia, políticas públicas e o SUS*. São Paulo: Escuta.
- Foucault, M. (1998). *Vigiar e punir*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- _____. (2001). Outros espaços. In M. B. Motta (Org.). *Estética: literatura e pintura, música e cinema* (pp. 411-442). Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- _____. (2008). *Nascimento da biopolítica: curso dado no collège de France (1978-1979)*. (E. Brandão, trad.). São Paulo: Martins Fontes.

- Furtado, J. P. & Onocko Campos, R. (2005). A transposição das políticas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços. *Rev Latinoam. Psicopatol.* (8), 109-122.
- Furtado, J. P. (2006, set.). Avaliação da situação atual dos Serviços Residenciais Terapêuticos no SUS. *Ciênc. Saúde Coletiva*, (11)3, 785-795.
- Guattari, F. & Rolnik, S. (1996). *Micropolítica: cartografias do desejo*. Petrópolis: Vozes.
- Haesbaert, R. (2004). *O mito da desterritorialização: do “fim dos territórios” à multiterritorialidade*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- Lancetti, A. (2008). *Clínica peripatética* (3a ed.). São Paulo: HUCITEC
- Lefebvre, H. (2006). *A produção do espaço* (D. B. Pereira & S. Martins, trad.). Paris: Éditions Anthropos.
- Luiz, R. T., Loli, M. N., Kawanichi, N. K. & Boarini, M. L. (2011). Estado da arte sobre o Serviço Residencial Terapêutico no Brasil: um panorama exploratório. *Psicol. teor. prat.* 2011, (13)1, 131-140. Recuperado em 12 de janeiro de 2013, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-36872011000100010&script=sci_arttext
- Nilo, K. et al. (2008). *Política de Saúde Mental de Belo Horizonte: o cotidiano de uma utopia*. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde. Gerência de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde Mental.
- Oliveira, A. G. B. de & 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. Recuperado em 09 de fevereiro de 2013, de <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/pdf/v10n1a15.pdf>
- Portaria n. 106. (2000, 11 de fevereiro). Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos. Recuperado em 16 de agosto, de http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=23119

Portaria n. 1.220. (2000, 7 de novembro). Criação do Serviço Residencial Terapêutico em Saúde Mental, da atividade profissional Cuidador em Saúde, o grupo de procedimentos Acompanhamento de Pacientes e o subgrupo Acompanhamento de Pacientes Psiquiátricos, o procedimento Residência Terapêutica em Saúde Mental, dentre outros. Recuperado em 14 de agosto de 2012, de http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=23120

Portaria n. 246. (2005, 17 de fevereiro). Destina incentivo financeiro para implantação de Serviços Residenciais Terapêuticos e dá outras providências. Recuperado em 12 de agosto de 2012, de <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-246.htm>

Portaria n. 396. (2005, 7 de julho). Aprova as diretrizes gerais para o Programa de Centros de Convivência e Cultura na rede de atenção em saúde mental do SUS. Recuperado em 10 de agosto de 2012, de <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/PT-396.htm>

Portaria n. 3.088. (2011, 23 de dezembro). Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Recuperado em 8 de agosto de 2012, de <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html>

Rancière, J. (1996). O dissenso. In A. Novaes (Org.). *A crise da razão* (pp. 367-382). São Paulo: Cia das Letras.

Rolnik, Raquel. (1988). *O que é cidade* (2a ed.). São Paulo: Ed. Brasiliense.

Rotelli F., Leonardis O. & Mauri D. (2001). Desinstitucionalização, uma outra via. In Rotelli F., Leonardis O. & Mauri D. (Orgs.). *Desinstitucionalização* (pp. 17-59). São Paulo: Hucitec.

Santos, Milton. (1996). *A natureza do espaço. Técnica e tempo, razão e emoção.*

Editora Hucitec, São Paulo.

Saraceno, B. (1999). *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial a cidadania possível.* Belo Horizonte: Te Cora.

RESUMO

BRAGA, L. H. (2013). *Cidade múltipla, vidas singulares: análise de narrativas do cotidiano de usuários de serviços substitutivos a internação psiquiátrica*. Artigo a ser submetido a periódico da área.

A Reforma Psiquiátrica preconiza a construção de um trabalho que possibilite cada vez mais a circulação e a autonomia do sujeito usuário de serviços substitutivos à internação. O sujeito é considerado dentro de um contexto singular, que leva em conta os diferentes espaços de sociabilidade e a interação com o território. A partir dessas premissas e visando uma melhor compreensão da realidade dessa nova modalidade de trabalho, desenvolveu-se uma pesquisa empírica junto a usuários de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico que compõem a Rede de Atenção Psicossocial do município de Belo Horizonte. Participaram da pesquisa cinco sujeitos, entre moradores de Serviços Residenciais Terapêuticos e usuários do Centro de Convivência de uma das regionais do município. Foram realizadas observações participantes do cotidiano desses sujeitos, buscando identificar como se estabelecem as suas relações com o território e com os serviços que os assistem. A partir dos dados obtidos, foi feita uma análise crítica dos pontos observados, buscando contribuir com as novas práticas em saúde mental preconizadas pela Reforma Psiquiátrica.

Palavras-chave: Saúde Mental. Território. Subjetividade. Serviços substitutivos.

ABSTRACT

BRAGA, L. H. (2013). *Multiple cities, single lives: everyday narrative analysis of users of substitute services to psychiatric hospitalization*. Article to be submitted to periodic in field.

The Psychiatric Reform demands the construction of a labor that prioritizes the circulation and autonomy of the user of substitutive services. The subject is considered within a singular context, that takes into account the different sociabilization spaces and the contact with territory. From these premises and aiming for a better comprehension of the reality of this new labor modality, an empiric research was accomplished with the users of substitute services to the psychiatric hospital, which compose the Belo Horizonte's Psychosocial Attention Network. Five subjects, among the Therapeutic Residential Services's residents and Companionship Center's users of a municipality's regional, participated in the research. Participating observations of the subjects' everyday were achieved, trying to identify how their relationships with the territory and the services which assist them are established. Through the acquired data, a critical analysis of the observed points was made, seeking to contribute with the new practices in mental health preconized by the Psychiatric Reform.

Keywords : Mental Health. Territory. Subjectivity. Substitute Services.

3 ARTIGO DE DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA EMPÍRICA

Cidade múltipla, vidas singulares: análise de narrativas do cotidiano de usuários de serviços substitutivos a internação psiquiátrica

A Reforma Psiquiátrica no Brasil, conforme aponta Amarante (1995), tem se instituído como um movimento que pretende muito mais que a mera redução dos leitos em hospitais psiquiátricos. Pretende operar uma mudança na forma como a sociedade enxerga e lida com a loucura no cotidiano das relações entre esses sujeitos e os territórios por onde circulam. Segundo (Amorim & Dimenstein, 2009), a ênfase dos novos dispositivos de saúde mental deixa de incidir sobre a cura a partir de parâmetros biomédicos e se coloca sobre os modos de vida possíveis para cada sujeito, levando em conta suas particularidades nos diferentes espaços sociais onde eles se inserem. Desse modo, a concepção de espaço, território e de como se dá sua apropriação pelos sujeitos⁶ são noções caras à Reforma Psiquiátrica, além de fundamentais para a reflexão acerca do trabalho em saúde mental dentro do paradigma da reabilitação psicossocial (Saraceno, 1999). A proposta inspirada pela Reforma Psiquiátrica italiana nos encoraja a promover o encontro entre a loucura e território (Amarante, 1995), gerando invenção de saúde. A dinâmica das relações dos sujeitos entre si, com os objetos e com a cultura é ilimitada e está em constante transformação, o que faz da *práxis* em saúde mental um trabalho permeável a essas características.

Ao mesmo tempo em que tem buscado trazer essas discussões para o trabalho em saúde mental e promover o desmonte das instituições psiquiátricas, a

⁶ Tema abordado em artigo anterior dos autores, intitulado *Território, espaço e cidade: análise de conceitos-chave para o trabalho em saúde mental sob a perspectiva da Reforma Psiquiátrica* e em processo de submissão a periódico científico.

Reforma tem observado, de forma concomitante, um processo de diluição dos “muros” manicomiais para o cerne das relações presentes no cotidiano dos sujeitos. Amorim & Dimenstein (2009) apontam que a prática nos serviços substitutivos não necessariamente está em consonância com o novo paradigma, e, em alguns casos, reproduz os mecanismos de controle e poder sobre a vida das pessoas em sofrimento mental. Além disso, a dinâmica relacional no âmbito da vida nos espaços é mediada pelo dissenso, os sujeitos não existem como entidades estáveis e estão constantemente protagonizando trocas e conflitos (Rancière, 1996), gerando uma desigualdade que cerceia o uso dos espaços. A alteridade se torna ameaçadora e aglutina as pessoas que tentam se proteger do risco que ela representa (Nunes, 2007). Dessa forma, a circulação dos loucos no cotidiano urbano enfrenta uma série de percalços, desafiando o trabalho das políticas públicas a lidar com a linha tênue que separa a liberdade do aprisionamento, e o movimento da estagnação.

Apesar de encontrarmos na cidade um campo fértil para os estudos da psicologia, existe uma distância histórica entre estes e a temática urbana (Ferreira Neto, 2004). É interessante, portanto, compreender melhor como se constituem as interações da pessoa em sofrimento mental dentro desse espaço cada vez mais utilizado por eles, tornando-nos, com isso, capazes de propor novas práticas e estratégias para sua inserção. É a partir de uma melhor compreensão e maior inserção da psicologia nas discussões sobre espaço, território e cidades que se torna possível um novo olhar sobre as políticas públicas de saúde mental. Entende-se que o processo de formulação de uma política pública não termina com o início de sua implementação, faz-se necessário um diálogo constante a partir do que aparece quando ela é colocada em prática. A produção de saúde deve ser considerada como campo que extrapola a medicina e alcança a política, afetando as

peças em sofrimento mental no cerne de sua existência social. A apropriação do cotidiano dos serviços substitutivos passa, necessariamente, pela compreensão da cultura local dos usuários e da forma como fazem uso dessas instituições e dos espaços pelos quais circulam. O presente trabalho tem como foco a aproximação dessa realidade, tendo sido apresentado como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Psicologia Social pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e escrito sob orientação da segunda autora.

Delineamento da pesquisa e definição do campo

A pesquisa qualitativa possibilita o questionamento das práticas desenvolvidas dentro dos serviços de saúde mental, integrando no discurso social as singularidades de cada sujeito e a dinâmica das relações. A compreensão desses fatores amplia o universo de intervenções e a atuação da política com seu público alvo. O presente estudo buscou compreender através desta modalidade de pesquisa a relação dos sujeitos com o meio socioespacial por onde circulam, com os serviços dos quais são usuários e, além disso, qual a vivência de cada um deles no dissenso que marca o cotidiano das cidades. Como resultado da pesquisa, esperamos contribuir para as discussões trazidas pela Reforma Psiquiátrica e para os trabalhadores dos serviços substitutivos, bem como compreender se de fato há uma nova lógica de uso dos espaços urbanos pelos usuários dessas políticas públicas, como é preconizado pelo paradigma da Atenção Psicossocial na saúde coletiva, foco do trabalho de pesquisadores, gestores públicos e profissionais da saúde mental (Costa-Rosa, Luzio & Yasui, 2003). Para responder a esses questionamentos, o presente artigo apresentará o conteúdo das narrativas e

observações levantadas pela pesquisa junto a alguns usuários de serviços, entrelaçando-os com a discussão de aspectos teóricos importantes, abordados em artigo anterior da pesquisa.

O universo pesquisado consistiu na escolha de algumas pessoas que se encontram inseridas na rede de saúde mental de Belo Horizonte/MG, seja como moradores de Residências Terapêuticas⁷ ou usuários de Centros de Convivência⁸. A partir da perspectiva dos sujeitos, buscou-se ter acesso a pontos de vista que vão além daqueles institucionais e profissionais, e colocam em evidência pré-conceitos invisíveis, censurados ou simplesmente silenciados (Groulx, 2008).

A pesquisa foi apresentada durante uma assembleia do Centro de Convivência, na qual houve o recrutamento de dois sujeitos por adesão espontânea, e em conversas individuais com outros três, selecionados conjuntamente com os profissionais da Rede de Saúde Mental de Belo Horizonte. Optou-se, em primeiro lugar, por se recrutar os sujeitos participantes em dispositivos de somente uma das regionais do município, formando uma amostra não probabilística. Tal recorte possibilitou a observação de diferentes realidades em um mesmo contexto espacial. O diagnóstico psiquiátrico dos participantes não foi considerado, em função de sua baixa confiabilidade e pouca influência na determinação, reabilitação ou prognóstico da chamada doença mental crônica (Amorim, 2008), além do fato de que, em cenários diferentes, há maior diversidade na manifestação de comportamentos e

⁷ Também conhecidos como Serviços Residenciais Terapêuticos, são locais de moradia destinados a pessoas em sofrimento mental que permaneceram em longas internações psiquiátricas e se encontram impossibilitadas de retornar às suas famílias de origem. O serviço foi instituído pela Portaria/GM n. 106 de fevereiro de 2000, sendo parte integrante da Política de Saúde Mental do Ministério da Saúde. É um dispositivo inserido no SUS, sendo considerado central no processo de desinstitucionalização e reinserção social dos egressos de hospitais psiquiátricos.

⁸ Unidade pública, articulada à Rede de Atenção Psicossocial, composta por equipe de oficinairos e gerenciada por um profissional da saúde. Visa promover a inclusão das pessoas com transtornos mentais por meio da construção de espaços de convívio e sustentação das diferenças na comunidade e em variados espaços da cidade. São oferecidos aos usuários espaços de produção, arte, intervenção na cultura e na cidade através da realização de oficinas e eventos comunitários.

sintomas cuja heterogeneidade não pode ser apreendida pela categorização diagnóstica (Saraceno, 1999).

O presente trabalho pretende ser uma pesquisa qualitativa, lançando mão da observação participante como método. Tal técnica é geralmente utilizada para coleta de dados em situações em que as pessoas se encontram desenvolvendo atividades em seus cenários naturais, permitindo examinar a realidade social e situações às quais não se teria acesso somente por meio de perguntas estruturadas feitas aos sujeitos (Lima, 1999). O emprego da observação participante em meios institucionais se revelou produtivo na compreensão da rede de comunicação estabelecida entre os usuários e o meio em que se inserem, além de possibilitar a análise comparativa entre a dimensão do discurso terapêutico mantido na instituição e o que é vivido pelos seus usuários (Groulx, 2008).

A partir do consentimento livre e esclarecido dos participantes, a coleta de dados se deu através de observações de recortes do cotidiano dessas pessoas em diversos momentos da rotina de cada um. A escolha de quais seriam essas ocasiões foi feita pelos próprios sujeitos participantes e cada um dos encontros teve duração variável. A coleta dos dados teve duração total de três meses, entre setembro e dezembro de 2012, sendo que o número e a frequência de observações participantes dependeram da disponibilidade de cada sujeito e a coleta foi encerrada segundo o critério de saturação de dados, obtendo-se uma média de cinco observações com cada um dos cinco participantes da pesquisa. Após cada encontro, o seu conteúdo foi redigido em um diário de campo para posterior análise.

A escolha dos sujeitos participantes da pesquisa, como mencionado, ocorreu de forma conjunta entre o pesquisador, representantes da Coordenação de Saúde

Mental de Belo Horizonte, gerência do Centro de Convivência e supervisoras⁹ dos SRTs, bem como, adesão espontânea. Após apresentação do projeto à Coordenação de Saúde Mental, foram realizados dois encontros com os profissionais. O primeiro deles na reunião que ocorre mensalmente entre as supervisoras dos SRTs e a coordenadora desses serviços e, posteriormente, uma reunião com a gerência do Centro de Convivência da regional pesquisada. Durante esses encontros foi apresentada a pesquisa e se discutiram a forma de recrutamento dos sujeitos e algumas particularidades dos serviços.

Os SRTs são classificados pelo Ministério da Saúde em dois tipos, 1 e 2 (Portaria n. 106), tendo em vista o grau de autonomia dos moradores que abriga. A partir dessa classificação, há uma diferenciação no repasse de recursos e quantidade de profissionais atuantes no serviço. Os participantes da pesquisa que são moradores de SRT estão em serviços em que apenas um cuidador trabalha em cada turno, tendo em vista a maior independência dos moradores. A seguir, serão apresentados os relatos de alguns momentos das observações considerados mais significativos, seguidos da análise crítica do autor que se baseia na literatura nacional recente sobre o tema.

Ouvindo vozes¹⁰: aproximação dos atores sociais através da pesquisa qualitativa

⁹ É interessante notar que a portaria que institui os SRTs não inclui o profissional supervisor para as residências, mencionando o encaminhamento dos serviços a um equipamento de saúde (CERSAM ou Centro de Saúde) e à presença de cuidadores nas casas, sendo a existência de supervisores uma especificidade de Belo Horizonte.

¹⁰ O título faz referência aos grupos de ouvintes de vozes, que surgiram na Holanda, no final dos anos 80, com o intuito de oferecer a pessoas com esse tipo particular de vivência a oportunidade de compartilhá-las em um coletivo. A iniciativa parte da ideia de que o problema principal não reside no fato de ouvir vozes, mas na dificuldade de estabelecer algum tipo de convivência com elas. A troca de experiências e a produção de narrativas pessoais sobre o assunto surgem como uma alternativa ao saber psiquiátrico acerca da alucinação auditiva verbal (Romme & Escher, 1997).

As marcas da exclusão em Ana

Ana¹¹ mora sozinha e frequenta o Centro de Convivência diariamente. Pela manhã, vai às aulas do Educação de Jovens e Adultos (EJA) no próprio Centro e, na parte da tarde, participa das oficinas de artesanato. Ela se oferece como voluntária e, quando proponho a leitura do termo de consentimento livre e esclarecido, demonstra resistência: *“Não precisa, não me custa nada ajudar”*. Inicialmente tem dificuldades em decidir quando poderá ocorrer a pesquisa, insistindo para que o pesquisador decida, mas escolhendo em seguida.

Em nossa primeira conversa, diz: “Deixa eu te contar minha história, já participei de outras pesquisas e sei que é isso que tem que fazer”. Relata que foi abandonada “na linha do trem” aos três anos de idade e levada para a Fundação Estadual para o Bem-Estar do Menor (FEBEM); não conheceu os pais e não tem sobrenome, mostrando-me o documento de identidade onde só consta o primeiro nome. Ficou na FEBEM até os nove anos de idade e, depois de adulta, foi morar “com irmãs de caridade”, sofrendo maus tratos. Aos 16 anos, passou a trabalhar como empregada doméstica e morar na casa dos patrões; as vivências difíceis continuaram até fugir, aos 19 anos. Nessa época, começou a trabalhar na casa de uma senhora, com quem viveu por quase trinta anos, sem receber salário. Após o adoecimento da senhora, seus familiares passam a temer que Ana tentasse judicialmente receber indenização pelo salário nunca pago. Nessa época, Ana teve também um problema de saúde e ficou um mês hospitalizada, não recebendo nenhuma visita. Quando saiu do hospital, descobriu que os patrões esperavam que ela morresse. “É assim que diziam que gostavam de mim, eu que criei os filhos e os

¹¹ Todos os nomes usados nos relatos são fictícios, com a finalidade de proteger a identidade dos participantes.

netos dela”. Após a morte da patroa, Ana relata que a deixaram morar sozinha em um dos barracões da família, onde vive há sete anos. Atualmente, recebe um benefício e diz comprar compulsivamente: “Porque nunca tive meu próprio dinheiro”. Há pouco mais de um ano, precisou de ajuda para retirar o excesso de objetos que acumulava em casa.

Ana relata que no passado tinha medo de sair de casa e não gostava de contato com as pessoas, melhorando depois que começou a frequentar o Centro de Convivência, há seis anos. *“Hoje abraço todo mundo e não tenho mais preconceito comigo mesma”*. Também relata ter gostado muito do CERSAM, e costuma fazer visitas aos profissionais na instituição. Brinca que outros usuários gostam de *“filar almoço” no CERSAM*, pois no Centro de Convivência não tem, mas lá ela pode comer pão ou biscoitos quando está sem dinheiro para almoçar. Conta de um passeio a Brumadinho em que foram a um museu: *“Comi todos os tipos de carne, a prefeitura que pagou”*.

Durante as atividades do Centro de Convivência, Ana é participativa e tem bom contato com os profissionais, que a tratam carinhosamente. Vai a todos os passeios propostos pela instituição, juntando dinheiro com a venda de latinhas que cata nas ruas e sendo por isso usada como exemplo pela gerente do serviço, em uma das assembleias de usuários. O professor do EJA também a usa como exemplo para a turma, devido a sua habilidade com artesanato. Quando não pode conversar comigo ou deseja desmarcar alguma observação previamente agendada, Ana pede a algum profissional da instituição que passe o recado. Em outros momentos, justifica às outras pessoas que *“o pesquisador está com pressa”* e ela precisa se apressar. Revela o uso dessa estratégia também *“quando não quero gastar dinheiro, combino com a oficineira, aí ela não deixa os vendedores me convencerem”*.

Em seu bairro, Ana diz que viu muitas “*crianças virarem adultos formados*”. Me apresenta como pesquisador nos lugares que frequenta: um pequeno mercado, uma padaria, uma papelaria e uma loja de roupas, e todos dizem conhecê-la há muito tempo. Ana conta que cuida de uma senhora, tia de sua vizinha, todos os dias antes de ir ao Centro de Convivência e ao retornar da instituição. A senhora conta que Ana cozinha e elas passam o tempo conversando, e a vizinha relata que durante os finais de semana Ana costuma dormir lá. A casa de Ana é pequena, com dois cômodos apenas, que ela divide com dois cachorros e um papagaio. Seu quarto é cheio de bonecas, a maioria dentro das caixas, e prateleiras cheias de objetos de decoração. Ela retira mais um item da mochila e guarda, também sem retirar da caixa.

Grande parte da história de Ana foi marcada pela institucionalização, desamparo, exploração e exclusão sociais. São vivências que ultrapassam a questão da saúde mental, ilustrando, também, as crianças em situação de abandono, para quem faltam oportunidades de estudo, lazer e convivência familiar. Também exemplifica a falta de amparo legal da situação da empregada doméstica, que foi, e ainda é, uma profissão que enfrenta preconceito e exploração abjeta no Brasil, herança de séculos de escravidão, e que luta ainda hoje pela garantia dos direitos trabalhistas. Enfim, a história de Ana é a da mulher, negra e de origem humilde, assim como de muitas outras que enfrentam situações semelhantes.

Ela fala de um distanciamento das pessoas, após todos os seus relatos de abuso e exploração, além de um descaso por parte de pessoas que fizeram parte de sua vida por anos. Um isolamento que o seu encontro com os serviços substitutivos foi capaz de modificar. Com isso, Ana se vê colocada em lugar de destaque em vários momentos, ilustrando um modelo de usuário para o qual os profissionais dos

serviços apontam. Ela participa das oficinas, engloba os serviços dentro de sua rotina e encontra no contato com os profissionais uma relação “protegida” com o outro. Ana faz “visitas” ao serviço de urgência em saúde mental e o Centro de Convivência, em vários momentos, permeia suas relações e suas incursões na cidade, mas Ana traça, de forma concomitante, outros encontros com o território. Quando iniciou a experiência de morar sozinha e administrar seu próprio dinheiro, ela recorre diversas vezes ao serviço, que ainda a auxilia na gestão de sua vida, intermediando as relações de Ana com o outro, auxiliando nos cuidados com a casa. Ela própria revela essa estratégia, e é interessante notar que, quando depara com o dissenso inerente da vida em comum, Ana ainda encontra dificuldades em se posicionar de acordo com seu desejo, submetendo-se (Rancière, 1996). A potencialidade do conflito é, então, anulada, e este perde a sua condição de recurso transformador na vida de Ana, que a possibilitaria fazer um movimento para fora das instituições (Saraceno, 1999). O cuidado com a vizinha idosa mostra que Ana se coloca à disposição do outro, o que também fica evidente na disponibilidade que ela coloca para a pesquisa, nos fazendo questionar se ela de fato está fazendo uma escolha ou mantendo uma postura de submissão.

O relato de Ana chama a atenção para a necessidade de reflexão sobre a produção de estratégias que, muito além de permitir o contato acolhedor com os sujeitos, possam oferecer a eles a possibilidade de estabelecerem relações afirmativas com o território, evitando o uso dos serviços de saúde mental segundo a lógica da biopolítica (Foucault, 2008). Observa-se, segundo essa lógica dos serviços, a tentativa de alcançar o controle sobre todos os aspectos da vida e do corpo do sujeito, ocupando seu cotidiano com intervenções padronizadas que abafam a singularidade dos usuários. Já Ana mostra que é capaz de catar latinhas

para complementar sua renda e ter acesso ao que nunca teve, movendo-se, nesse momento, para fora de seu assujeitamento (Rancière, 1996) .

O canto abafado de Carmem

Carmem mora no entorno do Centro de Convivência, com a mãe e uma filha, há cinco anos. Frequenta o serviço diariamente; é uma das primeiras a chegar e últimas a sair. No entanto, não participa de nenhuma oficina ou atividade realizada no local. Ela conta que foi tida como esquizofrênica, mas na verdade é *“médium desde nascença, eu vejo e ouço espíritos”*. Iniciou o contato com o espiritismo após o início dessas manifestações, mas acabou sendo afastada da função de médium pelos colegas, quando, segundo ela, *“começou a adoecer”*. Diz que a sua mãe não acredita e faz de tudo para interná-la em hospitais psiquiátricos ou lares de idosos, o que nunca ocorreu por falta de indicação médica. Fala da mãe como uma pessoa agressiva, intolerante, que a impede de conviver com os outros e a faz ir ao Centro de Convivência para *“se ver livre”*. Em determinada ocasião, Carmem recebe o convite para visitar a casa de outra usuária, mas na semana seguinte diz que sua mãe não permitiu: *“Falou que nesse lugar tem muita prostituição”*. Diz que a mãe quer ter a sua curatela e teme que, caso isso ocorra, *“viro objeto nas mãos dela”*. Demonstra desejo de sair da casa da mãe e morar em uma pensão, com alguém que cuide dela. Em muitos momentos em que fala da mãe, Carmem chora e se sente fraca, irritando-se com uma usuária que diz: *“Ela faz cena para receber ajuda”*.

Carmem diz que trabalhou por muito tempo como cantora e foi casada por oito anos com um músico. As pessoas no Centro de Convivência cobram que Carmem cante e ela se sente lisonjeada, mas não retorna para a oficina, falando que

precisa fazer uma cirurgia na boca ou que *“está muito deprimida para participar”*. Em outro momento, revela que, quando participou pela primeira vez, achou todos muito amadores: *“Eu cheguei cantando Mercedes Sosa, Geraldo Azevedo, Rita Lee e ninguém sabia cantar; os outros alunos não tinham um bom nível”*. Me diz: *“Você vai morrer de rir, mas sou insegura até para fazer o que faço melhor, que é cantar”*. Em outro momento da observação, Carmem surpreende o pesquisador, quando, sentados em um banco afastado do Centro de Convivência, ela canta maravilhosamente uma música em espanhol, mas não é ouvida por mais ninguém.

Em uma das observações, uma das profissionais brinca com ela, mas Carmem fica imóvel e a ignora. Posteriormente, me diz: *“Ela só conversou comigo porque você estava aqui, por isso fiquei com raiva e não respondi”*. Em vários momentos durante as observações, quando algum outro usuário nos interrompe, Carmem reage da mesma maneira, ficando em silêncio.

Carmem sabe de toda a rotina do Centro de Convivência e, mesmo nos dias em que não há atividades, ela comparece ao serviço e fica aguardando a hora de ir embora. Sente-se segura dentro da instituição, pelo fato de haver profissionais trabalhando na portaria que *“não deixam qualquer um entrar”*. Em outro momento, diz que preferiria ficar em casa em vez de ir ao Centro de Convivência *“apesar de tudo que vivo com minha mãe, porque aqui não há respeito humano, um rouba comida do outro, um tranca o outro no banheiro”*. Nos finais de semana, Carmem relata que fica em casa a maior parte do tempo, apesar do desejo de retomar o contato com alguns dos antigos amigos. Diz que tem diagnóstico de Doença de Parkinson e não gosta de dar trabalho para as pessoas; teme não saber andar sozinha de ônibus ou sofrer um acidente.

Carmem reencontrou um usuário de outro Centro de Convivência durante um evento de competições esportivas, pegando seu telefone. Os dois já haviam se conhecido em outras festividades da instituição e ela diz que já não o via há algum tempo. Demonstra vontade de se relacionar amorosamente com alguém; pensando em ligar para esta pessoa, mas teme que a mãe interfira em seus relacionamentos: *“Ela fala mal de mim para todo mundo”*.

No caminho de casa, Carmem cumprimenta algumas pessoas, que a chamam pelo nome, mas ela diz que as conhece *“só de vista”*. Diz acreditar que o fato de estar participando da pesquisa despertou a curiosidade das pessoas, pois ela sempre foi discreta e agora percebe que é alvo de comentários. Segundo ela, é também reconhecida por anônimos nas ruas por causa de seu trabalho como cantora.

A lógica manicomial é algo que atravessa as mais diversas realidades no campo da saúde mental. Conforme apontam autores como Furtado e Onocko Campos (2005); Amorim e Dimenstein (2009), a implantação de serviços substitutivos não significa a superação automática do modelo segregativo e estigmatizante. Os novos serviços tornam-se pontos centrais em torno dos quais se organiza a vida dos sujeitos. É o que se observa com certa clareza na vida de Carmem, que, retirada de seus lugares de convívio após o adoecimento e deslocada de sua posição familiar, encontra no Centro de Convivência um lugar de refúgio. É interessante observar que ela nunca teve uma vivência de internação psiquiátrica, mas atualmente seu cotidiano se instaurou sob a “proteção” dos muros de um serviço substitutivo. A cidade é para ela uma ameaça que se contrapõe à segurança que é oferecida pelo serviço, e ela não é capaz de negociar uma troca possível. A proposta de permeabilidade do Centro de Convivência (Novaes, Zacché & Soares,

2008) não consegue retirá-la dessa posição estática e há uma inversão da lógica proposta pela instituição, pois, apesar de manifestar o desejo de visitar lugares e pessoas que remetem às suas experiências do passado, Carmem não abre mão da segurança e do cuidado que são oferecidos. A suposta permeabilidade do serviço, nesse caso, falha em atender a demanda da usuária de envolver-se novamente em um diálogo com a cidade, nos espaços que ela própria aponta como lugares onde possui vínculo.

A identificação do sujeito no lugar do adoecimento, como evidenciado por estes relatos, contribui para uma forma de cuidado que cerceia o sujeito dos contatos com o território, e, com isso, não possibilita a produção de vida. Por vezes, outros usuários apontam essa dependência de Carmem, atingindo-a. Os contatos que ela estabelece, em sua maioria, nascem e morrem dentro da instituição, à medida que sua vida vai se costurando à rotina do Centro de Convivência. É interessante a maneira como Carmem usa seu silêncio, em alguns momentos, como protesto, revelando que por trás da aparente inércia há o movimento de um sujeito que se incomoda com a invisibilidade. Carmem demonstra que o desejo de cantar e voltar a ocupar o lugar de destaque dificilmente poderá ser alcançado dentro da instituição, apontando desejos de incursões maiores pela cidade.

O cotidiano institucional de Antônio

Antônio é apontado por várias profissionais como uma indicação para a pesquisa, por ter alcançado maior independência após a saída do hospital psiquiátrico, já lidando inclusive com o próprio dinheiro. Antônio é morador do SRT há oito anos, egresso de uma internação de cinco anos em um hospital psiquiátrico.

Quando questionado sobre sua rotina, relata que, às segundas-feiras pela manhã, auxilia a cuidadora do SRT nas compras, aos domingos, vai à missa, às quintas, na parte da tarde, vai ao forró e, na maioria dos dias, vai ao Centro de Convivência *“depois do horário do remédio”*. Conta que *“aos sábados não vou ao Centro de Convivência porque não abre”*. Explica também que o Centro de Convivência é *“para passar o dia e se distrair”*, enquanto o CERSAM é lugar para *“passar o dia quando a pessoa está mais agitada”*.

Em casa, Antônio tem o hábito de assistir à televisão, mas é comumente interrompido por outros moradores. A cuidadora e a supervisora controlam a quantidade de cigarro e dinheiro dispensados, mas Antônio vai sozinho à lotérica pegar o dinheiro e comprar seus maços de cigarro.

Durante as compras, Antônio faz o que é solicitado de forma cuidadosa. Quando outro morador começa a empurrar o carrinho, ele se incomoda e não permite. Em outros momentos, ele dá sugestões do que gostaria que a cuidadora cozinhasse. Ela relata que deixa que os moradores façam o que têm vontade e não os obriga a trabalhar. Antônio revela que gosta mais dessa cuidadora, novata, pois no *“outro plantão tem que trabalhar muito mais”*. Conta que os moradores estavam conversando sobre isso e a outra cuidadora ouviu e ficou nervosa, mas ele diz que está *“no limite com ela”*. Antônio reclama dos profissionais do supermercado com a cuidadora, e ela diz que isso ocorre sempre, mas ele não chega a dizer nada para as pessoas diretamente. Antes que a cuidadora pague toda a compra, Antônio vai embora acompanhado dos outros moradores.

Para ir ao *“bailinho”*, Antônio coloca roupa social e sapato, saindo pontualmente. A cuidadora observa que é a única ocasião em que ele se arruma e, por algumas vezes, voltou depois de ter anoitecido. Antônio diz que conheceu o

evento através da visita de uma profissional que trabalha no local. Ele diz: *“É um lugar mais pra gente velha mesmo, só para divertir”*. No baile, algumas pessoas o cumprimentam, mas não conversam. Ele me diz que não conhece muita gente que está ali, porque sempre aparecem pessoas novas. Antônio se ocupa em convidar diferentes mulheres para dançar, e, nos momentos em que não está dançando, fica sozinho. Vai embora antes do fim do evento e diz que costuma ficar até mais tarde quando alguma mulher quer dançar mais com ele.

Antônio sempre vai ao Centro de Convivência com dois outros moradores, esperando quando algum deles fica para trás e decidindo a hora de ir embora. A cuidadora diz que ele *“cuida”* dos dois. Antônio participa da oficina de cinema, mas não sabe explicar bem o que acontece. Durante a tarde, ele anda pelo local, cumprimentando e conversando brevemente com outros usuários. Conversa em segredo com uma usuária, se distanciam e se beijam, enquanto outros olham e reclamam: *“Nós não podemos dar beijinho aqui, mas eles podem?”*. Depois, a mesma usuária entra no banheiro e Antônio tenta ir atrás, mas ela não permite. Mais tarde, a mulher se aproxima de outro usuário e Antônio fica observando à distância.

Em outra ocasião, ocorre o evento *“Tá doído”* no Centro de Convivência. A ideia, segundo a gerente, é apresentar à população do bairro o que ocorre dentro da instituição e reduzir os estigmas da loucura na sociedade. O evento não teve grande participação da comunidade, a maioria dos presentes era usuário ou trabalhador da instituição. Durante o evento, os usuários assistem à apresentação de um dosicineiros, que lê uma passagem da bíblia. Após algum tempo de leitura, os usuários se queixam da monotonia.

Antônio conta que foi *“para a casinha da prefeitura para continuar o tratamento, porque não podia mais ficar no hospital”*. Segundo ele, vivia em um

espaço amplo e teve de se acostumar a ficar em uma casa pequena. Contrapõe isso com a possibilidade de poder sair para a rua, enquanto no hospital ficava preso e não conhecia a cidade. Diz que morar no SRT *“é muito triste”*, e que em sua casa *“já teve quatro moradores que morreram de tristeza”*. Relata que tem vontade de sair, *“mas não tem jeito porque estou muito velho para me casar”*. Antônio me conta que recebe os benefícios mas não conseguiu a aposentadoria pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), pois o médico avaliou que ele é apto para o trabalho. Ele diz que não tem mais como trabalhar na roça e agora recebe menos dinheiro do que os outros moradores. Está tentando entrar na justiça, com auxílio da equipe, para conseguir se aposentar.

A supervisora do SRT comenta que, quando foram abertas as primeiras Residências, tinha-se a ideia de que os familiares iriam progressivamente acolher os moradores. No entanto, o que acabou ocorrendo foi uma acomodação, e as pessoas preferiam manter seus familiares nos SRTs quando finalmente compreendiam como o trabalho funcionava. Conta que há familiares muito invasivos, como uma que quer dar comida na boca do morador e entrar com ele no banheiro. Relata, ainda, que já houve ocasiões em que outro morador do SRT se perdeu, mas foi identificado por vizinhos e trazido para casa. Diz que a relação com os vizinhos é muito importante para o serviço e dá o exemplo de outro SRT, que foi filmado pelos vizinhos e o vídeo foi publicado em uma matéria sobre *“a casa dos horrores”*.

Para Antônio, os serviços substitutivos têm funcionado, por vezes, como pontes que permeiam o seu contato com o território. Os lugares que frequenta passaram a fazer parte da sua rotina após certa intermediação por parte dos profissionais. É possível perceber, entretanto, nuances nas apropriações que ele faz. O forró, apesar do público de idade diferenciada, como ele mesmo marca, é o lugar

onde ocorre o lazer e o contato com outro universo. Antônio se preocupa com as roupas e, quando tem a possibilidade de maior contato com as pessoas, fica até mais tarde. O Centro de Convivência, no entanto, preenche outros momentos da rotina de Antônio, que participa das oficinas, mas demonstra não se apropriar dos objetivos e atividades.

Nos relatos, é evidenciada mais uma vez a necessidade de inovação da proposta dos serviços substitutivos, para que possam propiciar aos usuários outros encontros, não apenas circunscritos ao interior dos serviços. É possível perceber, nesse caso, uma falta de intimidade nos encontros e uma itinerância no comportamento de Antônio, que conversa com todos mas diz não conhecer as pessoas. Sua rotina, como visto, gira em torno da sua relação com as instituições, que muitas vezes acabam por sufocar as outras relações do sujeito. O tempo que ele acaba “passando” nas instituições, por vezes é sem sentido e não vai ao encontro de seus desejos. A dimensão social do território escapa em alguns pontos da história de Antônio, pois ele não tem a oportunidade de exercer sua influência sobre o espaço, que resta como algo sem sentido para ele (Santos, 1996).

A iniciativa dos profissionais, na medida em que repetem rotineiramente atividades, ou cumprem protocolos de realização de eventos, tem efeitos nulos ou contrários aos ideais da Reforma Psiquiátrica, pois os sujeitos permanecem, de certa forma, estanques. Há a presença, em alguns momentos, do olhar manicomial (Lobosque, 1997), e uma rotina que gira em torno da medicação. A compreensão dos serviços da rede, por parte de Antônio e mesmo da cuidadora, é o de um local de tratamento e repouso, e a necessidade de maior envolvimento dos moradores com seu cotidiano é visto como cobrança desnecessária. Um ponto interessante no relato do cotidiano de Antônio é a intervenção feita pelo serviço a partir da

constatação de que ele é o único morador apto ao trabalho, uma vez que tem menos de 50 anos e não foi diagnosticado com nenhuma debilidade física ou mental importante. Há um reforço por parte da equipe da ideia que Antônio deveria ser aposentado e não mais trabalhar, o que direciona as intervenções do serviço. Por conta disso, fica excluída a chance de tentar a promoção de outras relações com o território, via inclusão em uma atividade laboral remunerada e, em um horizonte ainda mais distante, a possibilidade de que Antônio possa prescindir do serviço e ter a própria casa, desejo que ele aponta.

Alberto e suas redes múltiplas

Alberto ficou 16 anos internado em um hospital psiquiátrico e mora em um SRT há dez anos. Sua mãe atualmente é sua curadora, mas ele está buscando reverter a situação judicialmente. Fala que nunca se deu bem com ela e agora está buscando, judicialmente, receber o dinheiro de um terreno que foi vendido pela própria mãe com a falsificação de sua assinatura há mais de 20 anos. Diz que, com esse dinheiro, espera comprar uma casa em Betim ou Santa Luzia. Já morou em outro SRT, mas não se deu bem com a cuidadora, preferindo o SRT atual pelo fato de já conhecer dois moradores da época em que estavam internados. Ele relata que já entrou com processos na justiça outras duas vezes e ganhou, por questões relacionadas a relações de consumo. A gerente do Centro de Convivência o está orientando nessa situação. Diz não depender do SRT para nada: “*Sou independente, eles é que precisam de mim*”. Solicita que o contato para a pesquisa seja feito diretamente com ele e não envolva a equipe do SRT.

Mora em um quarto nos fundos da casa, onde instalou toda a fiação e os vários aparelhos eletrônicos que possui; deseja comprar um televisor ainda maior e colocar um espelho cobrindo a parede atrás do aparelho, para poder assistir e, ao mesmo tempo, ver quem está vindo. Em outro momento, diz que quer instalar um interfone com câmera para saber quem entra em sua casa. Na cama, há um cobertor velho com o nome de Alberto e de um hospital psiquiátrico, indicando a procedência. Diz trabalhar em vários lugares, toma conta de suas lojas, ajuda os profissionais quando o Centro de Saúde está muito cheio e trabalha como eletricitista, distribuindo cartões com seu telefone nas casas dos vizinhos. Diz que evita dar o telefone do SRT *“porque eles nunca me passam os recados”*.

A supervisora do SRT diz se preocupar com o fato de Alberto nunca dizer para onde vai e não gostar que as cuidadoras entrem em seu quarto. Segundo ela, ele não participa das atividades propostas aos outros moradores da casa e fala mal do serviço e da Rede de Saúde Mental. Alberto não almoça no SRT, preferindo ir a um restaurante todos os dias. Diz que a estagiária da casa leva os outros moradores nos lugares, mas ele prefere ser independente. A gerente do Centro de Convivência brinca com a situação: *“Eles soltaram o passarinho da gaiola e agora querem prender de novo”*.

Alberto tem o hábito passar o dia todo dando voltas pela cidade de ônibus, trocando de veículo nas estações de integração sem precisar pagar outra passagem. Pediu à gerente do Centro de Convivência duas entradas para o cinema e pensou em convidar uma profissional do Centro de Saúde, que recusou. Ele, então, resolveu ir assistir a dois filmes seguidos com as entradas, comentando que já não ia ao cinema há mais de dois anos. Vai novamente ao Centro de Convivência, solicitar vale-transporte. No caminho, toma café em uma padaria e avisa à atendente que

pagará depois. Ao sair, diz que *“isso é a melhor coisa, ser conhecido nos lugares e ter a confiança das pessoas”*. Comenta que no centro da cidade faz o mesmo em outros locais. Quando anda nas ruas, muitas pessoas o cumprimentam pelo nome. Chegando ao cinema, Alberto escolhe o filme pelo horário mais próximo e tem dificuldade ao tentar trocar seu bilhete pelo ingresso, sendo auxiliado pela atendente.

Conta que é sócio de uma papelaria, pois emprestou seu nome para a dona, *“que tinha o nome sujo”*, vender Avon. A vendedora da loja é receptiva com ele e o pede que faça pequenos serviços, elogiando como *“ele faz as coisas direitinho”*. Alberto colocou um cartaz na loja, anunciando a venda de sua televisão, relata que a gerente do Centro de Convivência o ajudou a confeccionar o anúncio. Não conseguiu pagar as prestações e seu nome está no Serviço de Proteção ao Crédito (SPC), impedindo a compra de outros aparelhos eletrônicos. Fala que tem vontade de comprar uma impressora multifuncional para a loja, pois é um serviço muito demandado.

Alberto, assim como Ana, apesar de receberem benefícios governamentais, encontram outras formas de trabalho e, principalmente no caso do primeiro, usam o dinheiro como forma de manterem um grau importante de autonomia e independência das políticas públicas. Apesar de ainda utilizarem dos recursos de forma ampla, há uma diferença entre eles dois e Antônio, que, apesar de ser considerado apto para o trabalho, não conseguiu se inserir em uma atividade laboral. A atuação da equipe, no caso de Antônio, reforça a dependência das políticas de assistência e bloqueia, de certa forma, sua entrada no mercado de trabalho. Alberto, por outro lado, faz muitos movimentos buscando distanciar-se do

SRT onde mora, e seu contato com os serviços da Rede de Atenção Psicossocial se dá nos termos de uma contratualidade que ele é capaz de estabelecer.

A história de Alberto, e os vínculos que ele fez com a cidade, evidenciam a possibilidade que o sujeito tem de se inscrever no território (Abrão, 2010) e, assim, ampliar a sua rede de relações muito além dos serviços de saúde mental, que não comportam a totalidade da vida desses sujeitos. A rede, ao trabalhar de forma ampliada, deve permitir e potencializar essas incursões do sujeito, atentando para a singularidade de cada um, que vai exigir uma postura diferenciada dos profissionais e dos serviços (Saraceno, 1999). No caso de Alberto, a rede se coloca pontualmente, já que ele barra as invasões em sua privacidade e intimidade, e se autodeclara independente da maioria das ofertas do serviço residencial do qual é usuário.

Santos (1996) define a territorialidade como essa interação, que podemos ver nas narrativas de Alberto, que ultrapassa a dimensão meramente espacial e se coloca na beleza e singularidade das interações que ele, com sua loucura, vai estabelecendo com os diversos atores sociais. Mesmo os percalços e o dissenso, quando colocados para Alberto, são potências que propiciam também a emergência do sujeito, que se vê às voltas com problemas financeiros e judiciais, precisando encontrar suas saídas frente a eles.

Luísa e a delicadeza dos primeiros passos

A saída de Luísa de uma instituição psiquiátrica, onde ficou por quase 17 anos, deu-se há menos de três meses. Foi tentado inicialmente que sua família a recebesse, mas não se adaptaram. A supervisora do SRT relata uma movimentação

da rotina da casa após a chegada de Luísa, pois ela passou a consumir toda a comida que era disponibilizada livremente aos moradores, *“quando não comia, dava uma mordida e escondia o resto debaixo da cama ou nos bolsos da roupa”*. O alimento teve de ser trancado. A cuidadora conta também que um morador ficou com ciúmes pelo fato de sua namorada estar no mesmo quarto de Luísa, tirando a privacidade do casal. Luísa fala pouco, não gosta de ser tocada e incomoda alguns moradores com seu olhar sempre atento e constante.

Em um primeiro momento, conversei com a irmã de Luísa, que a visita no SRT aos finais de semana. Quando a encontro, entretanto, está sozinha na varanda e Luísa está dentro de casa. A irmã diz que, no hospital onde Luísa esteve internada, eles tinham um espaço muito grande, enquanto no SRT ficam praticamente presos, saindo somente quando precisam resolver alguma coisa na cidade. Acha que Luísa está estranhando porque nenhuma das pessoas com quem ela convivia no hospital foi para a mesma casa que ela. Após a explicação sobre a pesquisa, a irmã questiona se precisa participar também: *“Eu não posso, meu tempo é muito corrido”*.

O SRT fica em uma rua bastante movimentada e a equipe se preocupa pela segurança dos moradores. Apenas um deles, que é surdo-mudo, tem a chave do portão. A supervisora relata que Luísa já soltou a mão da estagiária durante uma travessia. Em seus primeiros meses no SRT, a supervisora conta que Luísa comia somente carne nas refeições. Segundo a estagiária, tal fato começou a mudar a partir da observação da cuidadora, que viu Luísa comendo outras coisas durante uma festa em outro SRT. A partir daí, a cuidadora foi mudando o cardápio do almoço e observando o que a moradora comia. Atualmente, Luísa começou a comer arroz e feijão, o que impressionou suas irmãs, que afirmaram que *“ela sempre foi assim”*.

Em outra ocasião a estagiária vai com Luísa e outro morador comprar roupas. Segundo ela, há uma cobrança da família, pois até o momento a moradora usa roupas do hospital psiquiátrico. A estagiária observa que algumas vezes as irmãs trouxeram roupas que deixaram Luísa com uma aparência infantilizada. Antes de sair, de táxi, a estagiária combina com os moradores a programação e recomendações de segurança, como cuidado ao atravessar as ruas. A estagiária relata que, na primeira vez em que saiu de ônibus com Luísa, ela não quis descer. Também nesse dia, Luísa parou em uma lixeira e começou a comer o lixo. Já há um taxista que costuma transportar os moradores do SRT. Quando chega o táxi, a estagiária tem dificuldade em convencer Luísa a entrar, e a moradora permanece em silêncio durante todo o trajeto até o bairro que concentra grande quantidade de lojas de roupas a preços populares. A estagiária relata que os familiares dos moradores são acostumados com a *“estrutura assistencial do hospital, diferente da vida real, em que o morador precisa ir até o Centro de Saúde para se consultar”*. Diz, também, que os familiares cobram que os moradores sejam tratados com carinho, mas se esquecem de que *“carinho de família só eles podem dar, não podem ficar apenas no lugar de provedores”*.

Ao chegar à loja, a estagiária conta que, pelo fato de Luísa falar muito pouco, é difícil saber o que ela quer. Enquanto escolhe as roupas junto com Luísa, há uma preocupação da profissional em evitar roupas curtas ou saias, porque acredita que Luísa *“não se sentará comportadamente”*. Ao final, quem lida com o pagamento e o dinheiro é a estagiária. Ela conta que sempre dá a ideia de comprar itens de higiene corporal de presente para os moradores, para incentivá-los a tomar banho.

Quando leva os moradores ao Centro de Convivência, a cuidadora reveza quem irá, pois diz que *“não cabe mais gente no carro”*. Quando o táxi chega, ela tem

dificuldades em convencer Luísa, que novamente se recusa a entrar e acaba sendo conduzida. Na instituição, a cuidadora manifesta temor de que Luísa se perca na rua, e há uma preocupação de uma oficinaira porque, no momento, o lugar estava sem porteiro.

Luísa foi inscrita na oficina de música, mas só vai para a sala quando é convidada por um profissional. Em determinado momento ocorre uma troca de sala e ela fica de fora. Nesse momento, Luísa conta que não gosta de música, e sim de brincar de boneca com a colega de quarto do SRT. Diz que não quer entrar na sala porque tem vergonha do oficinairo. Fala que gostava do hospital onde esteve internada, porque *“a enfermeira me dava café”*, mas não gosta da *“casa de convivência, porque não me dão sossego”*, se referido ao SRT. Diz, porém, que *“a enfermeira de lá é legal”*.

Luísa inicia seus primeiros passos após um longo período de internação, tendo ainda pouca compreensão dos serviços substitutivos, que ela ainda associa a elementos de sua rotina hospitalar. Ela coloca em uma posição delicada os profissionais envolvidos com o trabalho em saúde mental, pois personificam o desafio da complexificação da vida dos sujeitos. Enquanto são compelidos a manter uma postura de cuidado, devem atentar para a mera reprodução de práticas que acabam conduzindo a todos, profissionais e usuários, a uma cegueira em relação aos aspectos inéditos do cenário que se coloca para aqueles sujeitos (Saraceno, 1999).

Muitas vezes, a organização dos recursos disponibilizados pelos serviços manifesta uma reprodução de respostas, que não se adaptam à singularidade dos sujeitos que se inserem. A identidade do serviço é definida por essas atividades e os trabalhadores se organizam em torno dela, oferecendo uma gama limitada de

recursos que não atende a todos os sujeitos. As saídas que as profissionais encontraram para a alimentação de Luísa e os cuidados com a higiene dos moradores mostram ideias interessantes, que fogem ao modelo de intervenção tradicional e homogeneizante da psiquiatria ou da psicologia (Amorim & Dimenstein, 2009), sendo capazes de uma modificação efetiva da realidade, na medida em que permitiram a emergência do sujeito, por exemplo, na escolha dos alimentos. Essa é a ideia de serviço que Saraceno (1999) considera como o conjunto de lugares comunicantes e recursos intercambiáveis, e a próprias ideias de permeabilidade e intervenção ampla contidas na proposta dos Centros de Convivência (Novaes, Zacché & Soares, 2008).

É interessante como há uma visão do espaço circunscrita ao SRT, para os familiares e alguns usuários, tanto no caso daqueles que iniciam agora sua experiência com os serviços substitutivos, quanto para os que já a vivenciam há muito tempo. O hospital psiquiátrico é visto como lugar amplo, que oferece maior possibilidade de circulação, enquanto a dimensão do espaço urbano oferecido pela vivência no SRT é ignorada em alguns momentos, e o foco se concentra apenas no espaço da casa. No caso de Luísa, o risco real representado pelo intenso movimento de carros na frente da casa e a opção pelo táxi como meio de transporte se colocam como barreiras entre o contato da moradora com o território, visto através do portão da casa ou da janela do automóvel. É possível observar como a prática dos trabalhadores tende a essa simplificação da vida dos sujeitos (Saraceno, 1999), e a escolha pela opção que traz mais praticidade e segurança é comum em diversas situações.

Os familiares, conforme observado, apresentam também grande dificuldade de compreensão do trabalho segundo essa outra lógica. A gratidão dos familiares

aos hospitais psiquiátricos, por terem a possibilidade de se eximirem do cuidado com o louco, atinge na forma de críticas e desconfiança os serviços substitutivos (Saraceno, 1999). Por isso, é importante atentar para a pressão exercida por essas pessoas, que ainda não compreenderam por completo o trabalho segundo o paradigma da Atenção Psicossocial, e exigem dos novos serviços um cuidado integral, que aprisiona a vida dos sujeitos. Principalmente no caso dos SRTs, que têm como uma das premissas a interação com os familiares, e podem acabar, no fim das contas, tendo seu trabalho confundido com a desassistência.

Discussão

Ao longo do desenvolvimento da pesquisa, notou-se que, por diversas vezes, o lugar do pesquisador na observação era usado como ponto de denúncia ou desabafo, diferenciado dos técnicos dos serviços e que, por essa mesma razão, possibilitou uma análise crítica das situações vivenciadas pelos sujeitos (Jaccoud & Mayer, 2008).

A escolha de participantes que se encontram inseridos em serviços substitutivos da Rede de Atenção Psicossocial permitiu maior contato com o trabalho proposto e desenvolvido nesses locais, principalmente no que diz respeito à promoção de relações com o território e com a produção de modos singulares de vida para cada usuário. Foi possível perceber a existência de uma visão de rede que ainda permanece limitada aos serviços de saúde mental e, conseqüentemente, impõe certos limites à circulação dos sujeitos (Amorim & Dimenstein, 2009). Técnicos e familiares, em muitos momentos, fazem escolhas que refletem a resolução mais prática de determinada situação, e não a que promoveria maior autonomia do sujeito. Há uma dificuldade na compreensão do trabalho nesse

sentido, e a prática que ainda tem sentido é a tutela exercida pela instituição psiquiátrica e reforçada pelo Estado (Foucault, 2008).

Por outro lado, vislumbrou-se a possibilidade de circulação pela cidade apontada em diversos momentos da observação, havendo, em alguns casos, diálogos não mediados por instituições públicas. Essa visão ampliada das relações sociais, que produzem novos *settings* para produção de subjetividade e cidadania, passa por uma desconstrução da formação dos técnicos e, por conseguinte, da mudança de paradigma dentro da saúde mental, que precisa levar mais em consideração a cidade que permeia os serviços e contém espaços que vão além da rede socioassistencial (Lancetti, 2008). Conforme observado, essa visão limitada do espaço social desses sujeitos permeia o universo tanto de familiares como de usuários, que surpreendentemente ainda apontam o hospital psiquiátrico como um local de maior possibilidade de circulação, enquanto os serviços são vistos como limitantes.

É essencial a continuidade dos estudos acerca dessa temática, que, como dito, é de grande importância para a continuidade do processo de reforma psiquiátrica. Seria interessante a compreensão das formas de apropriação do território de sujeitos que não estão inseridos em dispositivos como o Centro de Convivência e os SRTs, o que não foi o alvo do presente estudo, mas contribuiria para melhor compreensão da temática.

Referências

- Abrão, J. A. A. (2010). Concepções de espaço geográfico e território. *Sociedade e Território*, (22)1, 46-64.
- Amarante, P. (1995, jul./set.). *Novos sujeitos, novos direitos: o debate sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil*. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 11(3), 491-494.
- Amorim, A. K. A. (2008). *O Serviço Residencial Terapêutico: cartografias de um híbrido no contexto da desinstitucionalização em saúde mental*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal.
- Amorim, A. K. de M. A. & Dimenstein, M. (2009). Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 195-204. Recuperado em 06 de abril de 2013, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100025&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S1413-81232009000100025
- Baptista, L. A. Dispositivo residencial e as máquinas do morar. (2005). In A. M. Jacó-Vilela, A. C. Cerezzo & H. B. C., Rodrigues (Orgs.). *4 Encontro Clio-Psyché – História e Memória*. Juiz de Fora, MG: Clioedel.
- Costa-Rosa, A., Luzio, C. A. & Yasui, S. (2003). Atenção Psicossocial – rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In P. Amarante (Coord.). *Arquivos de saúde mental e atenção psicossocial* (pp. 13-44). Rio de Janeiro: Nau.
- Ferreira Neto, J. L. (2004, jan./jun.). Processos de subjetivação e novos arranjos urbanos. *Revista do Departamento de Psicologia – UFF*, (16)1. Recuperado em 01º de setembro de 2010, de <http://www.uff.br/ichf/publicacoes/revista-psi-artigos/2004-1-Cap7.pdf>
- Foucault, M. (2008). *Nascimento da biopolítica: curso dado no collège de France (1978-1979)*. (E. Brandão, trad.). São Paulo: Martins Fontes.

- Furtado, J. P. & Onocko Campos, R. (2005). A transposição das políticas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços. *Rev Latinoam. Psicopatol.* (8), 109-122.
- Furtado, J. P. (2006, set.). Avaliação da situação atual dos Serviços Residenciais Terapêuticos no SUS. *Ciênc. Saúde Coletiva*, (11)3, 785-795.
- Groulx, L.-H. (2008). Contribuição da pesquisa qualitativa à pesquisa social. In Poupart, J., Deslauriers, J.-P., Groulx, L.-H., Laperrière, A., Mayer, R. & Pires, A. *A pesquisa qualitativa – enfoques epistemológicos e metodológicos* (pp. 95-127). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Lancetti, A. (2008). *Clínica peripatética* (3a ed.). São Paulo: HUCITEC
- Lefebvre, H. (2006). *A produção do espaço* (D. B. Pereira & S. Martins, trad.). Paris: Éditions Anthropos.
- Lima, M. A. D. S. (1999) A utilização d observação participante e da entrevista semi-estruturada na pesquisa em enfermagem. *R. Gaucha Enferm*, 20 (n. esp), 130-142.
- Lobosque, A. M. (1997). *Princípios para uma clínica antimanicomial e outros escritos*. São Paulo: HUCITEC.
- Novaes, A. P., Zacché, K. & Soares, Marta. (2008). Centros de Convivência: novos contornos na cidade. In: Nilo, K. et al. *Política de Saúde Mental de Belo Horizonte: o cotidiano de uma utopia* (pp. 161-167). Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde. Gerência de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde Mental.
- Nilo, K. et al. (2008). *Política de Saúde Mental de Belo Horizonte: o cotidiano de uma utopia*. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde. Gerência de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde Mental.

- Nunes, B. F. (2007). Notas sobre sociedades metropolitanas na era global. , Cadernos PPg-FAU/FAUBA, 5(1).
- Jaccoud, M. & Mayer, R. (2008). A observação direta e a pesquisa qualitativa. In Poupart, J., Deslauriers, J.-P., Groulx, L.-H., Laperrière, A., Mayer, R. & Pires, A. *A pesquisa qualitativa – enfoques epistemológicos e metodológicos* (pp. 254-295). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Portaria n. 106. (2000, 11 de fevereiro). Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos. Recuperado em 16 de agosto, de http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=23119
- Portaria n. 396. (2005, 7 de julho). Aprova as diretrizes gerais para o Programa de Centros de Convivência e Cultura na rede de atenção em saúde mental do SUS. Recuperado em 10 março de 2013, de <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/PT-396.htm>
- Rancière, J. (1996). O dissenso. In A. Novaes (Org.). *A crise da razão* (pp. 367-382). São Paulo: Cia das Letras.
- Romme, M. & Escher, S. (1997). *Na Companhia das Vozes. Para uma análise da experiência de ouvir vozes*. Editorial Estampa.
- Santos, Milton. (1996). *A natureza do espaço. Técnica e tempo, razão e emoção*. Editora Hucitec, São Paulo.
- Saraceno, B. (1999). *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial a cidadania possível*. Belo Horizonte: Te Cora.