



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA**

MARIA ISABELLE ARAGÃO XAVIER

**MORADIA EM UM SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO:
O olhar de uma profissional da Saúde Mental**

Recife
2020

MARIA ISABELLE ARAGÃO XAVIER

MORADIA EM UM SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO:

O olhar de uma profissional da Saúde Mental

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Curso de Mestrado, da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Prof. Rosineide de Lourdes Meira Cordeiro, Dra.

Recife

2020

Catálogo na fonte
Bibliotecária Maria do Carmo de Paiva, CRB4-1291

X3m Xavier, Maria Isabelle Aragão.
Moradia em um serviço residencial terapêutico : o olhar de uma profissional da Saúde Mental / Maria Isabelle Aragão Xavier. – 2020.
117 f. : il. ; 30 cm.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Rosineide de Lourdes Meira Cordeiro.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco, CFCH.
Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Recife, 2020.
Inclui referências, apêndice e anexos.

1. Psicologia. 2. Saúde mental. 3. Serviços de saúde mental. 4. Doenças mentais. I. Cordeiro, Rosineide de Lourdes Meira (Orientadora). II. Título.

150 CDD (22. ed.)

UFPE (BCFCH2020-220)

MARIA ISABELLE ARAGÃO XAVIER

MORADIA EM UM SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO:

O olhar de uma profissional da Saúde Mental

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Curso de Mestrado, da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Aprovada em: 28/02/2020

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Rosineide de Lourdes Meira Cordeiro, Dra. (1º Examinadora/Presidenta)

Universidade Federal de Pernambuco – PPG – Psicologia

Telma Melo (2º Examinadora/Externa)

Escola de Governo de Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE)

Jorge Lyra (3º Examinador/Interno)

Universidade Federal de Pernambuco – PPG – Psicologia

Delaine Melo (4º Examinadora/Interna)

Universidade Federal de Pernambuco – Departamento de Serviço Social

Dedico esta pesquisa a todas as Estamiras e a todas as Genis, em quem a vida e a exclusão insistem em jogar pedras.

AGRADECIMENTOS

Esta é a parte da dissertação em que mais me sinto feliz em escrever. Demonstrar gratidão a quem nos sustenta durante a caminhada é primordial e, como nem sempre faço isso, aqui vai.

A Deus, cujo amor me permite existir.

Ao Núcleo de Estudo e Pesquisa do Evangelho (Nepe) da Federação Espírita Pernambucana, sem o qual eu não teria conseguido, em meio ao turbilhão de acontecimentos que foram esses dois anos.

A minha família, que construiu comigo meu projeto de casa, de lar. Minha mãe, Rosilene, por me ensinar a continuar, não importa o que aconteça. A meu pai, Djalma, obrigada por tanto e por tudo, inclusive pelo carro cedido para ir de Jaboatão a Paulista. Sem sua gentileza, eu não seria mestre. A meu irmão, Djalminha, pelo amor que nos une, por ser “meu abraço casa”. Você e eu sabemos o que somos capazes de construir. A minha avó Socorro, minha florzinha, pelo aprendizado da paciência.

A Rafael Ferreira, pelo sonho de nossa casa, pela paciência ao longo desses dois anos, pelas discussões teóricas e, acima de tudo, pelo amor. Aos poucos vamos construindo, com tijolos de sonhos o nosso lar;

À Salete de Paula, pela mulher forte que você é e que me inspira. Pela torcida, orações e pelo amor.

A minha orientadora tão querida, Rosineide Cordeiro, que tornou as orientações leves e, a exemplo de Paulo Freire, soube conduzir o processo, me ajudando a construir a autonomia possível e libertária. Você tornou esse processo muito mais agradável do que poderia ter sido. Obrigada!

A Jorge Lyra, um querido, que com suas aulas provocativas e perturbadoras do início do mestrado me possibilitou crescer. Minha admiração por você só cresce! Obrigada por participar desse processo!

A Sylvio Ferreira, meu mestre querido, de novo, sempre e mais uma vez. Se tenho algum gosto hoje pelas teorias, é por sua causa. Obrigada por me mostrar que o mundo é bonito quando a gente pensa!

Aos moradores da Residência Terapêutica que participaram deste estudo, por me permitirem entrar em sua casa e em suas vidas.

À Cíntia Portela, pelo cuidado e consideração, pela ajuda durante toda a pesquisa. Não sei o que seria desse processo, se não fosse você. Obrigada!

À Elaine Carneiro, que me ajudou durante todo esse tempo com dicas preciosas, leituras críticas e algumas revisões também.

À Fátima Muta, por acreditar em mim!

À Hianna, por sermos como arroz e feijão, a perfeita combinação. Por me apoiar desde que eu passei a me construir enquanto gente, por me impulsionar a caminhar.

A Paula Cavalcanti, que me ensinou uma das maiores lições desta vida, como se desdobrar para se reconhecer ocupando novos lugares e novas funções na construção de um lar. Você é minha inspiração.

A Edilene Melo, que é tanto amor que transborda, para a família, amigos, moradores sob seus cuidados e usuários.

A Capes, pelo financiamento, sem o qual não seria possível a realização desta pesquisa.

RESUMO

Esta pesquisa tem como objetivo compreender a vivência da moradia por moradores de um Serviço Residencial Terapêutico localizado no estado de Pernambuco, considerando os paradoxos existentes numa casa- serviço. Trata-se de uma investigação qualitativa que parte da perspectiva do construcionismo social. Considerando que se trata de casas regulamentadas por uma Portaria ministerial, a 106/2000, que sanciona diretrizes de funcionamento, serão discutidos os paradoxos envolvidos numa casa, que é, ao mesmo tempo, um serviço, bem como implicações disto na vida dos moradores. O lócus da pesquisa foi um Serviço Residencial Terapêutico localizado em um município do estado de Pernambuco. A metodologia é composta por encontros distribuídos e negociados durante três semanas, com inspiração etnográfica, por meio da inserção no dia a dia dos moradores, fazendo uso de observação participante. Os registros foram feitos em diário de campo, posteriormente organizados e sistematizados para análise. A pesquisadora ocupou quatro lugares ao longo da investigação: o de pesquisadora, mulher, psicóloga e, por último, pessoa já familiar. Como resultados, foi percebido que a casa se organiza em torno de questões de gênero, sexualidade e raça. Além disso, conseguiu-se observar os repertórios interpretativos dos moradores em relação à casa, além de conflitos geracionais entre eles próprios. Aponta-se, por fim, o que seria uma reabilitação psicossocial possível, sem perder de vista os paradoxos envolvendo uma residência terapêutica. Espera-se, desta forma, contribuir para a visibilidade da potência dos Serviços Residenciais Terapêuticos e da Reforma Psiquiátrica, principalmente em tempos de ameaça a sua continuidade.

Palavras-chave: Serviço Residencial Terapêutico. Casa. Loucura. Moradores.

ABSTRACT

This research aims to understand the experience of housing by residents of a Therapeutic Residential Service located in the state of Pernambuco, considering the paradoxes existing in a house-service. It is a qualitative investigation that starts from the perspective of social constructionism. Considering that these are houses regulated by a ministerial Decree, on 106/2000, which sanctions operating guidelines, the paradoxes involved in a house will be discussed, which is, at the same time, a service, as well as its implications for the residents lives. The research locus was a Therapeutic Residential Service located in a municipality in the state of Pernambuco. The methodology is composed of meetings distributed and negotiated during three weeks, with ethnographic inspiration, through the insertion in the daily life of the residents, making use of participant observation. The records were made in a field diary, later organized and systematized for analysis. The researcher occupied four places throughout the research: as researcher, woman, psychologist and, finally, already familiar person. As results, it was perceived that the house is organized around issues of gender, sexuality and race. In addition, it was possible to observe the interpretative repertoires of the residents in relation to the house, in addition to generational conflicts between themselves. Finally, it is pointed out what would be a possible psychosocial rehabilitation, without losing sight of the paradoxes involving a therapeutic residency. Thus, it is expected to contribute to the visibility of the power of Therapeutic Residential Services and psychiatric reform, especially in times of threat to its continuity.

Keywords: Residential Therapeutic Service. House. Madness. Residents.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1-	Mapa das gerências regionais de saúde de Pernambuco	54
Quadro 1-	Identificação dos marcos da reforma psiquiátrica.....	39

LISTA DE SIGLAS

CAPS	CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
CEP	COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
CGSM	COORDENAÇÃO GERAL EM SAÚDE MENTAL
CIB-PE	COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DE PERNAMBUCO
DECS	DESCRITORES EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
GASAM	GERÊNCIA DE SAÚDE MENTAL
HND	HISTÓRIA NATURAL DA DOENÇA
HUP	HOSPITAL ULYSSES PERNAMBUCANO
IBGE	INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA
IMIP	INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROFESSOR FERNANDO FIGUEIRA
OMS	ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE
PNASH	PROGRAMA NACIONAL DE AVALIAÇÃO HOSPITALAR/PSIQUIATRIA
PNH	POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE
PTS	PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR
PVC	PROGRAMA DE VOLTA PRA CASA
RAPS	REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
RPB	REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA
SM	SAÚDE MENTAL
SRT	SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO
SUS	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
TR	TÉCNICO DE REFERÊNCIA
UFPE	UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	SAÚDE MENTAL – PRESSUPOSTOS EPISTEMOLÓGICOS E HISTÓRICOS.....	19
2.1	REFORMA PSIQUIÁTRICA E A DESCOLONIZAÇÃO DA LOUCURA.....	19
2.2	A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA – CONSTRUINDO A HISTÓRIA.....	27
2.2.1	Os sentidos construídos sobre saúde	28
2.2.2	Síntese dos principais marcos históricos da saúde mental no Brasil.....	34
3	METODOLOGIA.....	40
3.1	ABORDAGEM TEÓRICO-METODOLÓGICA: PRÁTICAS DISCURSIVAS E PRODUÇÃO DE SENTIDO	41
3.2	CAMINHO METODOLÓGICO.....	42
3.2.1	Revisão crítica de literatura	42
3.2.2	Refinando os resultados.....	43
3.2.3	Caracterização temporal das publicações.....	44
2.2.4	Distribuição das publicações do Portal de Periódicos Capes por área de conhecimento	45
3.2.5	Aproximações e distanciamentos	46
3.3	OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE.....	48
3.4	CONVERSAS DO COTIDIANO	50
3.5	OS INSTRUMENTOS	51
3.6	COMO OCORREU A ANÁLISE.....	52
3.7	SOBRE O LOCAL EM QUE APESQUISA OCORREU.....	53
3.7.1	O município.....	53
3.8	O QUE É UM SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO (SRT)?.....	56
3.8.1	Descrição do SRT em que ocorreu a pesquisa	57
3.9	OS SUJEITOS.....	60
4	ANÁLISE: OS PARADOXOS DE UMA CASA-SERVIÇO.....	68
4.1	DAS MÚLTIPLAS POSIÇÕES ASSUMIDAS EM CAMPO	68
4.2	OS SENTIDOS DE CASA PARA OS MORADORES.....	74
4.3	RACISMO, GÊNERO E SEXUALIDADE.....	86
4.4	UMA REABILITAÇÃO POSSÍVEL	95

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	100
REFERÊNCIAS	105
APÊNDICE A – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO	113
ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	114
ANEXO B – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE	117

1 INTRODUÇÃO

Na nossa casa amor perfeito é mato e o teto estrelado também tem luar. A nossa casa até parece um ninho, vem um passarinho pra nos acordar. Na nossa casa passa um rio no meio e o nosso leito pode ser o mar. A nossa casa é onde a gente está. A nossa casa é em todo lugar (ANTUNES, 2004).

O que faz de uma casa um lar? São as pessoas que vivem nela? São as paredes que a compõem, a decoração ou mesmo o local em que é construída? Será a vizinhança? Ou será a relação que estabelecemos entre nossas fantasias e o concreto, transformando paredes de tijolos naquilo que nos oferece segurança e amparo? Bachelard (1993) vem nos falar bem sobre como, ao experienciar um local, o transmutamos e transformamos naquilo de mais importante para nós: o nosso abrigo.

E não é segurança o que sempre buscamos? Como se relacionar com uma casa que não nos é segura? Como se relacionar com uma casa que se pretende seja nossa no discurso declarado, mas que há leis e normativas coletivas, inclusive federalizadas, que a regem? Como criar vínculos com uma casa composta por uma equipe técnica – que está sujeita a mudanças – e com moradores que nem sempre podemos escolher quem sejam?

São essas e infinitas outras as peculiaridades existentes em um Serviço Residencial Terapêutico (SRT). Foram essas algumas das perguntas iniciais a partir das quais este estudo se delineou. Ao longo de sua realização, outras tantas foram surgindo. Mas aprendemos no fazer Psicologia a lidar com linguagem. Uma linguagem que nem sempre é textual ou mesmo explícita, mas que, ainda assim – ou por isso mesmo – conta histórias. É nesse sentido que digo, desde já, o quanto de mim há neste trabalho.

O campo da Saúde Mental (SM) é, para mim, uma escolha diária, que permite também um aprendizado diário que se mistura e modifica também o que compreendo por Psicologia. Desde o primeiro momento em que ingressei nos estudos de Psicologia, estive preocupada com uma prática voltada à construção de uma sociedade justa e igualitária. Já em meados de 2010, não acreditava ser possível uma Psicologia distanciada das questões da vida cotidiana das pessoas. Estar alinhada a um projeto de Psicologia política e que estivesse engajada em construir um compromisso ético-político-profissional foi e é uma inquietação frequente em minha formação, o que se acentuou com o término da graduação.

Como psicóloga, pude ingressar no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, vinculado ao Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (Imip).

Apesar de, desde o início da graduação, ter afinidade com o campo da Saúde Mental, foi só durante a residência que tive a oportunidade de entrar em contato com os dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) e, conseqüentemente com as residências terapêuticas.

A experiência vivida como psicóloga residente em equipamentos do Sistema Único de Saúde permitiu que eu experimentasse processos de desfamiliarização em relação ao ser psicóloga. Percebi o quanto minha formação e minha atuação eram estratégicas naquele contexto, anos de 2016 a 2018, e que assistir à população era também possibilitar o contato do público com a Reforma Psiquiátrica Brasileira e os diversos espaços de controle social, o que me permitiu também um contato mais próximo com outros autores e outras perspectivas, como, por exemplo, a Psicologia Social. Os problemas da vida cotidiana abriram, então, novas possibilidades.

Trabalhar com pessoas com longo histórico de internação psiquiátrica se impôs como uma obrigação diante de minha formação no Sistema Único de Saúde (SUS). O trabalho precisava continuar. E precisava continuar pela Academia. Mas é parafraseando Rosenfeld (1998) que digo que a construção deste texto foi quase como me tornar tecelã de minha própria história e de como me vi rodeada de sentidos sobre o que é uma casa ou, como gosto de chamar, um lar.

Como foi dito, um Serviço Residencial Terapêutico possui peculiaridades que outras casas não possuem. Essas casas estão inseridas na comunidade e fora dos hospitais psiquiátricos. Foram instituídas no Sistema Único de Saúde, pela Portaria Ministerial 106/2000, com o propósito de superar a cronificação advinda de longos períodos de internação psiquiátrica. São, portanto, novas possibilidades de moradia para essas pessoas, cujos vínculos comunitários e territoriais encontram-se bastante fragilizados. E os vínculos estão fragilizados não porque se constroem dessa forma, mas por conta de um dispositivo criado à guisa da exclusão da diferença, o hospital psiquiátrico. É impactante o que o enclausuramento em uma instituição fechada pode fazer a um ser humano. O adoecimento, conforme define Basaglia ([1985]2001), perpassa pela institucionalização e pelos danos provocados pela longa permanência em uma instituição que compreende o cuidado a partir da normatização e da violência.

No Brasil, na contramão do paradigma manicomial, temos os serviços substitutivos. A Saúde Mental em nosso país é regida por legislações que asseguram que os serviços sejam garantidos enquanto política pública, estratégia fundamental para o desenvolvimento da Rede de Atenção Psicossocial (Raps). Em nível nacional, cabe aqui destacar a lei federal 10.216/2001, conhecida como lei da Reforma Psiquiátrica, que assegura os direitos das pessoas

que convivem com transtorno mental além de redirecionar o tratamento para serviços de base comunitária. No que diz respeito ao estado de Pernambuco, é a lei 11.064/1994 que dispõe sobre a substituição progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos pela Rede de Atenção Integral à Saúde Mental, além de regulamentar as internações psiquiátricas involuntárias e dar outras providências. O artigo 2º da lei estadual 11.064/1994 dispõe que “O Estado de Pernambuco substituirá progressivamente, mediante planificação anual, os leitos dos hospitais psiquiátricos pelos recursos assistenciais alternativos definidos nesta Lei. Segue no inciso VI do artigo 5º pensão protegida, o serviço com estrutura familiar, que recebe pacientes egressos de internação psiquiátrica, em condições de alta, mas sem possibilidade de retomar o convívio familiar”.

Já na referida lei, é possível observarmos o direcionamento que Pernambuco vem tendo com relação à Reforma Psiquiátrica e os processos de desinstitucionalização do estado. Para reforçar ainda mais este debate, é importante lembrar a resolução da Comissão Intergestores Bipartite de Pernambuco (CIB PE) de número 2314 de 03 de junho de 2013, que, dentre outras questões, aprova as diretrizes para remodelagem da Rede de Atenção Psicossocial de Pernambuco. Dentre as ações propostas para o estado, encontra-se, a indução para que os municípios ofertem moradias para acolher pessoas egressas de longas internações psiquiátricas, Serviços Residenciais Terapêuticos.

Em 2010, tivemos em Pernambuco um feito importante a ser comemorado, como vitória da Luta Antimanicomial, fechamento do Hospital Psiquiátrico José Alberto Maia, localizado no município de Camaragibe e que tinha grande número de pessoas internas durante um longo período de tempo. Esse fechamento, juntamente com o fechamento de todos os hospitais psiquiátricos do município de Recife, além do Hospital da Providência em Garanhuns e outros, possibilitou o credenciamento de diversos Serviços Residenciais Terapêuticos no estado. Em 2018, conforme informações passadas pela Gerência de Saúde Mental (Gasam), tínhamos a informação de que Pernambuco contava com 98 dessas casas, com possibilidade de abertura de mais algumas.

Dessa forma, compreendendo a Psicologia como um instrumento de transformação social, é imprescindível que trabalhos que considerem o contexto local da Saúde Mental sejam desenvolvidos para o auxílio na compreensão da dinâmica dos serviços substitutivos. É preciso destacar ainda que a história da Reforma Psiquiátrica se confunde um pouco com a introdução da Psicologia no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). Gonçalves (2010) vem nos dizer que a inserção da Psicologia na saúde se dá vinculada à Psiquiatria. A compreensão era de que os psicólogos deveriam adequar os sujeitos a certas noções de normalidade, cujos valores eram

estabelecidos conforme a necessidade da sociedade. É a crítica ao modelo de saúde hospitalocêntrico e às péssimas condições do sistema de saúde durante o final da Ditadura Militar que provoca os psicólogos a se juntarem aos movimentos sociais da época por um cuidado mais humanizado.

Essas reflexões em torno do papel social da Psicologia nas Políticas Públicas nos levam a refletir também sobre o que compreendemos enquanto saúde e subjetividade, e como esses dois conceitos estão interligados. E o que este trabalho se propõe também a evidenciar é que saúde e subjetividade parecem se entrelaçar ainda mais quando levamos em conta o modo de vida dos sujeitos. Rey (2017, p. 40) nos elucida essa relação ao compreender modo de vida como sendo “uma produção subjetiva relacionada com ações, relações e preferências que definem em seu inter-relacionamento a forma como vivemos”. Essas ações não seriam apenas simples comportamentos determinados pelos costumes, mas, sim, esquemas subjetivos que se fazem a partir de elaborações simbólicas sobre o cotidiano. É neste sentido que esta pesquisa se debruça sobre a vivência da moradia por moradores de um Serviço Residencial Terapêutico, considerando os paradoxos existentes na e a partir dessa vivência.

Mas o caso é que o passado, às vezes, parece muito presente. Processos sociais complexos como a Reforma Psiquiátrica encontrarão sempre dispositivos culturais que farão embates com seus ideais de mudança. O manicômio não é apenas formado por muros. Está presente a todo o instante nos nossos hábitos, na nossa linguagem, nas nossas relações, e volta e meia ele emerge em forma concreta de lei ou de portaria ministerial para fazer um embate mais direto com o discurso da desinstitucionalização. Não por acaso, em dezembro de 2017, a Comissão Intergestores Tripartite aprovou mudanças na Política Nacional, prevendo o retorno dos Hospitais Psiquiátricos, a impossibilidade de fechamento dos leitos psiquiátricos, o aumento de financiamento para essas iniciativas, bem como a abertura de ambulatórios e clínicas privadas em detrimento dos serviços inseridos no território, cujo cuidado está necessariamente fundamentado na liberdade, foi sancionada a portaria 3588/2017.

O impacto dessas decisões a nível nacional tem resvalado diretamente sobre os moradores dos Serviços Residenciais Terapêuticos, à medida que, por exemplo, tem ficado mais restrito à possibilidade de acesso ao benefício do Programa de Volta Pra Casa (PVC), que é um auxílio para a reabilitação psicossocial para pessoas egressas de longos períodos de internação psiquiátrica. O PVC vem na perspectiva de estimular a autonomia e o resgate da cidadania de seu usuário.

É importante destacar que partimos do conceito de Saraceno (2001) de reabilitação psicossocial. Para o autor, reabilitar é a construção de diversas estratégias que possibilitem as

trocas de recursos materiais e afetivos, de modo que, por meio dessa dinâmica, se crie um efeito habilitador. É a abertura de espaços de negociação. E a negociação perpassa também pelo acesso ao mercado. Por meio dessa rede de negociações, o sujeito se posta na condição de poder exercitar as relações, aumentando seu poder de contratualidade. A ideia da contratualidade coloca no centro o poder de participação ativa do sujeito. A dificuldade de acesso ao PVC, por exemplo, dificulta a inserção desses sujeitos nessa rede de negociações e nesse poder de contratualidade.

A partir dessas reflexões, esta pesquisa tem como objetivo geral compreender a vivência da moradia por moradores de um Serviço Residencial Terapêutico de um município da Região Metropolitana do Recife, considerando os paradoxos existentes numa casa-serviço. Como objetivos específicos, se propõe: identificar os marcadores sociais que estruturam as relações entre os moradores, e entre os moradores e a equipe técnica; analisar as relações de poder entre moradores e equipe técnica; e compreender como os moradores lidam com as mudanças em sua casa, provocadas pela conjuntura política.

Para tanto, como método de pesquisa, lançamos mão de observação participante, que ocorreu durante três semanas, numa residência terapêutica localizada em um município do estado de Pernambuco. A escolha do município não foi desvinculada de minha trajetória pessoal. Tive contato anterior com os moradores na época de residente, de maneira que já existia uma vinculação propícia à aproximação.

A escolha da abordagem teórico-metodológica, Práticas Discursivas e Produção de Sentidos, permitiu, além da compreensão da dinâmica dos moradores, a análise constante e cuidadosa do lugar que estava ocupando enquanto psicóloga, pesquisadora, mulher, inserida numa casa composta por oito homens, e as repercussões desses múltiplos lugares em mim. Como diriam Spink e Medrado (2013), linguagem é ação e, como tal, produz consequências.

Dividimos, portanto, a dissertação em três capítulos. No primeiro deles, teórico, fazemos uma breve apresentação dos pressupostos epistemológicos da Reforma Psiquiátrica a partir de uma perspectiva descolonizadora, além de um breve histórico de seu desenvolvimento no Brasil, bem como apresentarmos um panorama crítico de como está o cenário atual da Política de Saúde Mental. Trazemos ainda a perspectiva de resistência que iremos trabalhar, focalizando em dois autores principais: Edir Pereira e Michel Foucault.

No capítulo seguinte, abordamos as questões ligadas à metodologia. Apresentamos o município geograficamente e seu posicionamento em relação à divisão regional de saúde de Pernambuco, além de apresentar o momento político do município no momento da pesquisa.

Descrevemos ainda os sujeitos que participaram do estudo, com o cuidado ético de manter o sigilo dos nomes, além de discorrer a respeito da casa, descrevendo o território no qual está inserida, bem como a composição de sua estrutura interna e seu histórico de implantação. Em seguida, expomos como chegamos ao problema da pesquisa, por meio da revisão crítica e sistemática de literatura que nos levou à escolha da metodologia e da análise.

O terceiro capítulo é composto pela análise e dividido em três tópicos. No primeiro deles, há um relato acompanhado de análise de minha experiência com o campo e de como percebi que afetei e fui afetada por ele. No tópico seguinte, trazemos os repertórios interpretativos dos moradores sobre a casa, a relação que estabelecem, a constante comparação com o passado, enquanto internos de hospitais psiquiátricos, a relação que se estabelece entre eles e com a equipe técnica, bem como nossas impressões do que seriam as resistências cotidianas dos moradores a processos de institucionalização. No terceiro tópico, são exploradas questões envolvendo racismo, gênero e sexualidade e como se expressam no cotidiano. Finalizando a análise, há um tópico intitulado “uma reabilitação possível”, no qual trazemos a concepção de Saraceno sobre o que seria reabilitação, demarcando nosso posicionamento teórico e mostrando como o conceito se expressa na prática por meio dos moradores.

Finalizando, trazemos nossas considerações finais, apresentando outros possíveis direcionamentos para trabalhos futuros.

2 SAÚDE MENTAL – PRESSUPOSTOS EPISTEMOLÓGICOS E HISTÓRICOS

A liberdade, que é uma conquista, e não uma doação, exige uma permanente busca. Busca permanente que só existe no ato responsável de quem a faz. Ninguém tem liberdade para ser livre: pelo contrário, luta por ela porque não a tem. Não é também a liberdade um ponto ideal, fora dos homens, ao qual inclusive eles se alienam. Não é ideia que se faça mito. É condição indispensável ao movimento de busca em que estão inscritos os homens como seres inconclusos (FREIRE, p. 46, [1968] 2017).

Este capítulo tem como objetivo apresentar as bases epistemológicas sobre as quais a pesquisa se assenta e, posteriormente, apresentar a construção histórica da reforma psiquiátrica brasileira.

2.1 REFORMA PSIQUIÁTRICA E A DESCOLONIZAÇÃO DA LOUCURA

A expressão Reforma Psiquiátrica aponta para uma série de sentidos e de objetivos. Barreto (2003) pontua que o uso do termo “reforma” nos autoriza a uma compreensão restrita, uma vez que reformar não é mudar radicalmente as estruturas do que necessita ser modificado, mas apenas transformar superficialmente estruturas que estão cristalizadas em nossa sociedade. Com a Reforma Psiquiátrica, inaugura-se também o conceito de desinstitucionalização. Franco Rotelli (1989) pauta esse conceito enquanto desconstrução. Tal processo vai perpassar por diversas dimensões da sociedade. A primeira delas, podemos citar, é a dimensão epistemológica. Amarante (2015) pontua que a transformação neste campo aponta para o questionamento de conceitos fundamentais das ciências, inclusive, de questionamentos sobre o lugar da ciência enquanto produtora de verdades.

No caso da Psiquiatria, por exemplo, podemos citar as diversas conceituações em torno dos sintomas associados à loucura, como, por exemplo, sentimento de perseguição, ansiedade, medo, ouvir vozes, perda da orientação espacial. Goffman ([1961/2017]) pontua que a percepção da perda da razão está associada a estereótipos culturais e socialmente impostos quanto ao que significa loucura. O autor traz ainda que muito do convencimento que tais sintomas trazem pode estar relacionado ao contexto social e a uma condição temporária do sujeito, não necessariamente a uma desorganização psíquica a nível estrutural. Desinstitucionalizar é, portanto, compreender a lógica como os saberes tradicionais foram e são construídos e, dessa forma, não mais reproduzi-los.

Embora o campo técnico-assistencial ainda seja permeado por diversas práticas institucionalizantes, refletir e, inclusive, problematizar os termos utilizados, bem como as práticas decorrentes e produtoras de linguagens nos direciona para um dos objetivos propostos por Amarante (2015), o retorno à dimensão epistemológica do movimento.

Para que seja possível esse olhar, é necessário que nos voltemos para a construção e o intercruzamento entre a clínica e a política na Reforma psiquiátrica, considerando que a produção de subjetividades e de cidadãos anda aqui, necessariamente, de mãos dadas.

Bauman (2001), ao discutir a formação das individualidades na modernidade líquida, traz que a grande característica dos tempos atuais é o controle excessivo da liberdade individual que, por sua vez, se reduz ao mínimo possível, sendo, inclusive, rejeitada por pessoas que seriam treinadas para isso. O autor defende sua posição fazendo uma análise dos sistemas econômicos de nossa sociedade e o impacto dos mesmos nas produções de saberes e na vida cotidiana. De acordo com Bauman, empresas e Academias seguem em permanente contato e o lugar de encontro é sempre fornecido pelos interesses econômicos do capitalismo. A grande questão atual da modernidade se funda na procura de fins, gerando o que Bauman chama de um Estado ansioso. O autor pontua ainda que a ciência atual está sempre com a solução, de modo que precisa procurar e até mesmo produzir o problema para que a solução se encaixe.

É nesse cenário que se inscreve a Reforma Psiquiátrica, numa sociedade cujo Estado está cada vez mais ansioso, de acordo com Bauman (2001), e que produz adoecimentos que necessariamente se deslocam do intrapsíquico para as relações sociais. É a partir disso também que a Reforma deve se inserir, criando não somente mecanismos técnico-assistenciais, mas também instrumentos de inclusão dos mais vulneráveis.

Ao desacorrentar os loucos dos porões dos asilos, Pinel transforma a loucura em objeto da Medicina, no entanto, a Psiquiatria nascente passa a circular na sociedade delimitando dois espaços de atuação, um espaço interno e um espaço externo. Conforme Birman (1978), ambos os espaços eram marcados pela eterna vigilância que variava conforme as estratégias de controle utilizadas. Ao visar o espaço externo, a Psiquiatria desenvolvia a higiene moral e, ao espaço interno, era reservado o tratamento moral. Enquanto higiene moral, a Psiquiatria se voltava à organização da sociedade, demarcando um conjunto de medidas para o tratamento do louco. Birman pontua que todas estas medidas estão sintetizadas na defesa do isolamento como lugar único da loucura. Ao ser distanciado e isolado de seu cotidiano, o sujeito perde a liberdade que está na base da cidadania, de acordo com Goffman ([1961] 2017).

Barreto (2003) pontua o surgimento da Psicanálise como sendo fundamental na busca e na retomada da autonomia dos sujeitos e, conseqüentemente, da cidadania. Conforme o autor,

a Psicanálise nos direciona para a busca de uma sociedade autônoma, sendo o caminho a seguir assumir o projeto emancipatório de que para que haja uma sociedade autônoma, são necessários sujeitos autônomos. Apesar de assumir tal posicionamento, no entanto, a referida ciência não se comprometeu com a transposição dos muros asilares.

Ainda assim, apoiada numa alegada neutralidade em relação à crueza da arena política, a psicanálise manteve por bom tempo uma distância prudente, limitando-se a abastecer os primeiros reformadores de referências para experimentarem mudanças que não chegavam a abalar os pilares de uma lógica ainda fundada na delegação outorgada à psiquiatria e suas técnicas (BARRETO, 2003, p. 29).

E o autor segue dizendo que a Psicanálise não teria tido tal influência, se antes não tivesse se espalhado por outros setores da sociedade, mas sua contribuição se deu ainda ao fornecer elementos técnicos para transformações nos serviços assistenciais e de gestão pública desses mesmos serviços.

Ao considerar a escuta clínica não apenas como o relato da expressão sintomática do adoecimento psiquiátrico, mas como a manifestação de uma dinâmica psíquica que se constrói a partir da relação com o outro, a Psicanálise abre as portas para uma nova clínica que, curiosamente, casa com a proposta reformista. O objetivo é, como vimos, transcender o plano superficial das reformas técnico-assistenciais e alcançar mudanças radicais na política, construindo novos lugares para a loucura.

O projeto reformista é, portanto, um projeto que propõe a descolonização da loucura. Boaventura de Souza Santos (2007) caracteriza o pensamento ocidental moderno como sendo abissal. De acordo com o autor, nossa sociedade se constrói a partir de um sistema de diferenciações nítidas e também invisíveis. Estas últimas são estabelecidas por meio de linhas fortemente demarcadas, que separam os grupos sociais em dois universos que o autor nomeia como “deste lado da linha e do outro lado da linha”. A divisão é tamanha, que o outro lado, conforme o autor, deixa de ser considerado como fazendo parte da cena social e é mesmo produzido como inexistente.

A característica do fundamental do pensamento abissal é a impossibilidade da co-presença dos dois lados da linha. O universo “deste lado da linha” só prevalece na medida em que esgota o campo da realidade relevante: para além da linha há apenas inexistência, invisibilidade e ausência não-dialética (BOAVENTURA DE SOUZA SANTOS, 2007, p. 71).

As práticas excludentes associadas à loucura como sendo desrazão, periculosidade ou alienação surgem como expressões dessa forma de funcionamento social. Não podemos esquecer que é a partir dos manicômios que nasce a Psiquiatria, uma ciência cujo objeto estava muito bem delimitado e do qual precisaria dar conta.

Ao falar sobre como se construiu a noção de periculosidade em torno da loucura e a solução do internamento asilar, Birman (1978), ao discorrer sobre a história do isolamento, pontua que a prescrição do tipo de isolamento deveria ser proposta conforme o grau da enfermidade. Havia pessoas para quem, inclusive, não era a terapêutica indicada, no entanto, o internamento total era proposto com muito mais frequência do que o incompleto. Com relação a esse público, o internamento asilar servia a aplacar o medo das pessoas personificado nessas figuras. É por meio do completo isolamento que a sociedade se desvinculava e se protegia daquilo que vinha a denunciar todos os seus comprometerimentos morais. A pessoa era paralisada, isolada, e proibida de exercer seu papel enquanto cidadão. Assim, em nome de uma suposta proteção para si mesmo e para os outros e, pela ciência nascente que, em nome do diagnóstico e do estudo do fenômeno isolado de interferências externas, foi se desenhando uma nítida diferenciação entre loucos e não loucos. Aqueles que poderiam exercer sua cidadania e os que não poderiam.

Nunes e Siqueira-Silva (2016) pontuam que os loucos surgem como exemplos nítidos do que os autores chamam de formas de negação da humanidade.

O saber psiquiátrico e o asilo constituíram os dois lados de um processo de confinamento daqueles que viriam a ser designados de “alienados” – um termo que concentra sentidos científico-técnicos e jurídico-políticos, paralelo ao de outras formas de desqualificação da humanidade dos “outros” racializados que habitavam os territórios colonizados do que hoje chamamos o Sul global (NUNES E SILVEIRA, 2016, p. 211).

É importante frisar aqui que a psiquatização instaura com relação à loucura o pensamento abissal trabalhado por Boaventura de Souza Santos, demarcando, inclusive, por meio do corpo quem terá acesso ou não às ditas “zonas civilizadas”. Nota-se também uma demarcação nosológica do que seria considerado como humano e não humano, o que justificaria o exercício de práticas violentas e de violação de direitos. Amarante e Torre (2010) pontuam que a inclusão de variáveis morais e intelectuais na determinação da loucura revela uma dificuldade em integrar a relação de múltiplos fatores, como social, cultural, físico, espiritual, etc. E os autores problematizam ainda o uso do termo “doente mental” como categoria de acusação, que se tornou largamente acessível para deslegitimar e oprimir a diferença e invalidar suas atitudes, inclusive as lutas de sujeitos coletivos, ou seja, de invisibilizar os que estão “do outro lado da linha”.

Conforme Nunes e Siqueira-Silva (2016), o grande desafio da Reforma Psiquiátrica Brasileira é libertar a desrazão, e isso perpassa pela descolonização dos espaços. Mas, mais do que simplesmente acabar com os hospitais psiquiátricos, a política de saúde mental propõe a

reversão, em seu sentido mais cru, do modelo, de forma que o dinheiro utilizado para a sustentação de um leito em hospital psiquiátrico seja revertido para serviços substitutivos, como vimos nos tópicos acima.

Mas a reversão dos espaços perpassa também pela descolonização de saberes e de práticas. É a adoção do que Boaventura de Souza-Santos (2007) chama de saber ecológico. O autor propõe o reconhecimento de que a exclusão abissal assume múltiplas e variadas formas. Confrontar as formas de exclusão é pensar a partir dos oprimidos, ou seja, pensar e problematizar a loucura, não a partir dos saberes colonizadores, mas a partir da experiência da loucura e de quem vivencia tal experiência, em uníssono, os oprimidos.

Paulo Freire ([1968] 2017) propõe uma única saída possível para a superação da dicotomia opressores – oprimidos, ou, no nosso caso, não-loucos - loucos. O autor pontua que a desumanização instaurada pela violência contra os oprimidos também desumaniza aos opressores. Estes últimos, conforme o autor, que violentam por serem detentores de um poder, jamais poderão compreender a experiência dos oprimidos, muito menos, libertá-los. A liberdade deve ser, portanto, uma busca ativa dos oprimidos, com o objetivo de libertarem-se a si mesmos e aos opressores.

Quem melhor que os oprimidos, se encontra preparado para entender o significado terrível de uma sociedade opressora? Quem sentirá melhor que eles, os efeitos da opressão? Quem, mais que eles, para ir compreendendo a necessidade da libertação? Libertação a que não chegarão pelo acaso, mas pela práxis de sua busca; pelo conhecimento e reconhecimento da necessidade de lutar por ela (FREIRE, ([1968] 2017), p. 42-43).

A exemplo da Pedagogia do Oprimido de Paulo Freire, uma das tecnologias do cuidado da Reforma Psiquiátrica Brasileira é a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS). O Projeto Terapêutico Singular está para além de um mero planejamento da equipe de saúde para o usuário. É, ao contrário, uma espécie de projetualidade (DE LUCCIA *et al.*, 2015), a capacidade de cocriar novas realidades e possibilidades tangíveis. Tal definição supera, conforme De Luccia *et al.* (2015), o pensamento dominante de saúde como sendo o completo bem-estar físico, psíquico e social. Pensar em novas realidades é superar a busca da cura como único meio possível e cabível de conviver em comunidade.

É importante aqui destacar que a Política de Humanização em Saúde (PNH) tem como princípios o protagonismo, a autonomia e a corresponsabilidade dos sujeitos. Eixos que, necessariamente, precisam estar contidos ao se pensar o cuidado em Saúde Mental. Em todos os eixos, a participação ativa do usuário na construção de seu Projeto Terapêutico Singular é destacada como sendo primordial. Vejamos a definição de protagonismo: “(...) a ideia de que a

ação, a interlocução e a atitude dos sujeitos ocupam lugar central nos acontecimentos. No processo de produção da saúde, diz respeito ao papel de sujeitos autônomos, protagonistas e implicados no processo de produção de sua própria saúde.” (BRASIL, 2007).

Participar como protagonista do processo de construção do cuidado em saúde perpassa também pelo reconhecimento de viver em uma sociedade manicomial. Neste sentido, é preciso que não apenas o sujeito seja conclamado a participar, mas que saiba o motivo de estar participando da construção do seu cuidado. Que seja, dentre outras questões, problematizado com o sujeito o seu lugar no mundo e em relação aos opressores, problematizações que geram o que Freire ([1968] 2017) chama de engajamento necessário para a luta pela libertação. A liberdade tão pautada pelo movimento de Saúde Mental é não um presente, mas uma conquista que deve ser buscada.

2.1.1 Da clausura do fora à vida na cidade

Se o manicômio é o lugar zero das trocas sociais, a cidade é o lugar infinito das trocas sociais, e essa é uma das questões essenciais que estão em jogo nas diversas inovações da reforma psiquiátrica no Brasil, especialmente as formas inovadoras de inclusão social e cultural que vêm sendo construídas nos processos de transformação no campo da saúde mental nas últimas décadas (AMARANTE E TORRE, 2018, p. 1906).

Um conceito crucial a se discutir quando falamos sobre Reforma Psiquiátrica é o de cidadania. Barreto (2003) pontua que este, na literatura sobre saúde mental, é ainda um conceito não muito trabalhado, embora apareça como um dos objetivos do movimento a recuperação ou mesmo a construção de cidadania. Mas o que seria cidadania? Neste trabalho utilizaremos a noção de cidadania como traz Langoski (2017). Para a autora, o termo designa não só a participação na vida política do Estado, como, por exemplo, os direitos políticos e o controle social, mas também marca o respeito à liberdade do ser humano e da alteridade. A autora problematiza, no entanto, que, ao longo da história, a noção de cidadania tem sido ligada aos detentores do poder. Os oprimidos não apenas são desumanizados, como perdem seus direitos de ter acesso à vida política.

Neste sentido, a luta da Reforma Psiquiátrica é uma luta pela construção de cidadanias possíveis, derrubando as barreiras físicas e simbólicas do modelo manicomial. Para que isso seja possível, há diversas iniciativas que visam desde a inclusão pelo trabalho, por meio de economia solidária, por exemplo, até à inclusão pela cultura e pela arte, como os diversos grupos musicais que vemos abordando o tema da loucura.

O lugar da emancipação e da autonomia, entendidas como realidades dinâmicas a serem construídas, é a cidade, as relações sociais possíveis no espaço da cidade, nos espaços de convivência coletiva, nos espaços de participação social, nos grupos sociais diversos e na busca de cuidado integral e acesso a políticas públicas. Isto é, promover o direito ao lazer e ao trabalho, o direito à cultura, os espaços de militância, o direito à saúde, educação, moradia, alimentação, mobilidade social, e a uma cidade sustentável e com mais equidade para os sujeitos em sua diversidade (AMARANTE E TORRE, 2018, p. 1905).

A noção de cidadania aqui está inteiramente relacionada à noção de cura, mas uma noção complexa de cura, a qual só é possível diante de um cuidado emancipatório. O diagnóstico psicopatológico e as expressões sintomáticas não são mais suficientes. Amarante e Torre (2018) colocam como central para compreender a cidadania, o conceito de autonomia para a Reforma psiquiátrica. Tal conceito, conforme os autores, perde aqui a centralidade de apenas acesso aos serviços de saúde e passa a se tornar a produção de vida e de interlocução com redes de suporte, trabalho, cultura, arte, espaços de convivência, dentre outros. Mas como dizia acima, para que o cidadão emergja, é necessário que também invistamos no sujeito coletivo. Amarante e Torre (2018) pontuam ainda que as redes de suporte não são somente aquelas oficiais e normativas, mas que perpassam também pela militância e os movimentos sociais e pelo próprio processo de empoderamento destes últimos. É quando os movimentos sociais alcançam um estado de protagonismo social que podem construir estratégias para a reivindicação de direitos. É um caminho possível para a luta dos oprimidos pela libertação, como nos indica Paulo Freire.

O próprio Sistema Único de Saúde tem como uma de suas diretrizes a participação e o controle social. Isso só se torna viável a partir do momento em que haja a construção do cuidado em liberdade e pela via comunitária. A vida comunitária da produção de saúde e de vida inclui aqui o (re)conhecimento do espaço. É necessário saber as forças vivas que compõem o território. Amarante e Torre (2018) falam que a saída da loucura dos manicômios para a cidade se faz um campo de tensão por, de certa forma, provocar medo. Em Freire ([1968] 2017), é possível vermos o autor problematizando a conquista da liberdade pelos oprimidos e o medo que a envolve. O autor comenta que um dos elementos básicos na relação opressor – oprimido é o estabelecido da prescrição.

Um dos elementos básicos na mediação opressores-oprimidos é a prescrição. Toda prescrição é a imposição da opção de uma consciência a outra. Daí o sentido alienador das prescrições que transformam a consciência recebedora no que vimos chamando de consciência “hospedeira” da consciência opressora. Por isso o comportamento dos oprimidos é um comportamento prescrito. Faz-se à base de pautas estranhas a eles – as pautas dos opressores (FREIRE, [1968] 2017, p. 46).

A busca pela construção da autonomia é a busca por deixar de seguir as prescrições. Se antes tudo era controlado, agora cabe ao sujeito fazer sua própria rotina e buscar ocupar os espaços que deseja ocupar. E aqui cabe uma diferenciação fundamental para que compreendamos o cotidiano de uma Residência Terapêutica, nosso objeto de estudo. É a diferença entre morar numa cidade e habitar uma cidade. Para isso, é importante situar a partir de que concepção de moradia estamos falando.

Silveira, Júnior e Macedo (2011) trazem algumas características comuns no que tange ao conceito de moradia ao longo dos anos e das civilizações. Por exemplo, a ideia de casa enquanto abrigo resistente a agressões, além de um espaço confortável e que garante intimidade. Levando em consideração essas definições centrais, podemos ainda falar em casa enquanto espaço habitado, que permite ao ser humano enraizamento e estabilidade, além de proteção contra a hostilidade do mundo. De acordo com Silveira, Júnior e Macedo (2011), a casa é o primeiro mundo dos sujeitos e é a partir dela que estabelecemos nossa relação com o mundo externo. Destacamos que, embora consideremos a visão dos autores acima como sendo importante para o desenvolvimento deste trabalho, também sabemos que essa parece ser uma visão idealizada e romantizada de casa. A casa também é espaço de múltiplas contradições, considerando que abriga singularidades diversas. E, além disso, também pode se configurar enquanto espaço de produção de violências.

Assim como a loucura, o lugar que a casa ocupa na nossa sociedade vem se modificando ao longo dos anos e, ainda conforme Silveira, Júnior e Macedo (2011), tal processo se dá engendrado às modificações que a família vem passando. A família contemporânea deixa de ser apenas aquela fundada no patriarcado e no matrimônio, para se configurar enquanto encontro de sujeitos sociais que possuem os mesmos interesses. Do mesmo modo, a casa que antes era considerada um espaço de habitação coletiva e uma extensão da família, cada vez mais se constitui de espaços individuais. Cada morador restrito a um lugar específico da moradia estrutura sua relação com o espaço de forma individual.

Na tentativa de resguardar o habitar, viu-se a necessidade da criação de dispositivos jurídicos legais, por exemplo, a Declaração Universal dos Direitos Humanos, que traz a moradia enquanto direito fundamental de todo ser humano. No Brasil, a partir da aprovação da Emenda Constitucional 26/2000, a Constituição Federal de 1988 coloca a moradia enquanto um direito social. E é aqui que estabelecemos a relação da moradia com a loucura. Ao considerar os discursos tradicionais que falam sobre a loucura enquanto alienação e desrazão, consideramos que é preciso que haja uma série de intervenções sobre o louco, inclusive intervenções que o levam a perda de direitos fundamentais, como é o caso da moradia.

Saraceno (1999 *apud* FRICHEMBRUDER, 2011) faz uma distinção entre estar e habitar. Para o autor, “estar” teria relação com a pouca ou inexistente propriedade, tanto material quanto simbólica, do espaço pelo sujeito; “habitar”, por outro lado, estaria relacionado com a apropriação do espaço. Neste ponto, retomamos o que dizem Amarante e Torre (2018) ao pontuarem que, à medida em que não se assume a postura de desconstrução do paradigma psiquiátrico, caímos em grande risco de reproduzir os comportamentos prescritos dos hospitais psiquiátricos nos serviços substitutivos. Viver em uma casa sob diretrizes nacionais pode levar ao que Saraceno chama de aprisionamento do habitar.

Para ilustrar o que se configuraria como um aprisionamento do habitar, recorremos a Kenneth Camargo Júnior (2004) que, ao falar sobre a integralidade em saúde, diretriz do Sistema Único de Saúde (SUS), problematiza a relação que os profissionais de saúde estabelecem com o termo. Para o autor, a ideia de dar conta dos sujeitos na dimensão de uma totalidade traz implicações no mínimo preocupantes, uma vez que evoca um controle irrestrito sobre a vida do sujeito e a relação passa a ser baseada na tutela, negando a construção da autonomia. Neste sentido, as residências terapêuticas seriam apenas uma mudança de cenário que, no fundo, estariam reproduzindo o que Foucault ([1975] 1988) chama de poder disciplinar que agora se difunde numa rede de serviços, ao invés de uma única instituição, como era o caso do hospital psiquiátrico. Na contramão de uma “integralidade normalizadora”, a Reforma Psiquiátrica aponta para o caminho da emancipação dos sujeitos, por meio da construção cotidiana da relação entre moradores, equipe técnica e a cidade.

2.2 A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA – CONSTRUINDO A HISTÓRIA

Ao falar sobre e a partir do campo da Saúde Mental, estamos necessariamente nos colocando a partir do referencial da saúde pública, não podendo, de forma alguma, haver dissociação. Neste sentido, a discussão se torna mais ampla e se faz necessário que o processo de construção e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) seja aqui abordado. Machado *et al.* (2014) trazem uma importante conceituação de política pública enquanto sendo as respostas dadas pelo Estado às necessidades dos cidadãos, sendo estas algumas das respostas possíveis naquele momento, não necessariamente as melhores ou as que atendem diretamente às demandas da população.

O Sistema Único de Saúde brasileiro, enquanto política pública, é implantado em meio a um contexto de redemocratização do Brasil, no qual o modelo hospitocêntrico e

privativo de saúde já há muito tempo denotava suas graves falhas. A abertura política do Brasil no início dos anos 1980, impulsionada por diversos movimentos sociais, dentre eles, o Movimento Sanitário e o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental, provocava o desejo de mudanças no contexto da saúde. Ganha destaque aqui a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que aconteceu em 1986, cujo mote principal era a garantia do direito à saúde enquanto direito fundamental e não mais ligado a um benefício trabalhista.

Machado *et al.* (2014) destacam que como resultado da 8ª Conferência Nacional de Saúde temos o artigo 196 da Constituição Federal de 1988, a chamada Constituição Cidadã. O Artigo acima referido vem assegurar a saúde enquanto um direito universal, sendo dever do Estado a garantia por meio de políticas sociais e econômicas. É neste contexto, então, que o Sistema Único de Saúde (SUS) é criado. Para que o direito à saúde seja garantido, o SUS é composto por princípios e diretrizes que o organizam e orientam. Tais princípios e diretrizes são organizados conforme um conceito específico sobre saúde. No tópico abaixo veremos como os sentidos em torno de saúde apontam para abordagens teórico-metodológicas específicas e delimitam o tipo de política pública a ser implantado.

2.2.1 Os sentidos construídos sobre saúde

A Organização Mundial de Saúde (OMS) (1946, p. 01) define saúde como sendo “completo bem-estar físico, mental e social”, não sendo apenas a ausência de doenças, como até então se acreditava. Já a nossa Constituição Federal de 1988 avança na definição do conceito em seu artigo 196, quando traz o seguinte texto “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Dessa maneira, com a Constituinte, a noção de saúde deixa de ser uma homeostase para ser um direito fundamental que deve ser garantido pelo Estado e que visa à minimização de riscos.

Almeida-Filho e Paim (2013) indicam que a definição de saúde é ainda hoje um projeto ousado e relevante, considerando a necessidade de ressignificar a saúde medicalizada em uma questão de qualidade de vida. Os autores apresentam diversas compreensões de saúde e suas consequências para a vida cotidiana. A compreensão de saúde como equilíbrio, por exemplo, para Almeida-Filho e Paim (2013), implica o uso de tratamentos médicos para reestabilizar

peessoas com problemas crônicos, como, por exemplo, transtornos mentais.¹ Neste trabalho, estamos considerando a saúde-doença como um processo. Este modelo nasceu nas ciências biomédicas e, a partir dele, passa-se a considerar a História Natural da Doença (HND), que inclui os Determinantes e Condicionantes da Saúde.

[...] nesse modelo, nenhum agente será por si só suficiente para desencadear o processo patológico. A eclosão da doença depende da articulação de fatores contribuintes (ou determinantes parciais), de modo que se pode pensar em uma configuração de mínima probabilidade ou mínimo risco... Quanto mais diversificados forem tais determinantes, mais complexo será o processo de determinação da saúde e das doenças (ALMEIDA-FILHO E PAIM, 2013, p. 18).

Neste aspecto, os determinantes da saúde podem ser sociais, psicológicos, culturais, econômicos, dentre outros. Considerar os determinantes e condicionantes da saúde nos permite, por outro lado, problematizar a saúde alçada enquanto valor. Ao considerar saúde enquanto valor, é possível que imediatamente nos deparemos com a questão da distribuição desigual da renda, ainda conforme Almeida-Filho e Paim (2013). Os autores seguem problematizando o que chamam de gradientes perversos da sociedade capitalista, que refletem as desigualdades e ausências de justiça social, o que interfere diretamente no processo saúde-doença.

A Psicologia, não contrária ao movimento das outras ciências, também, por muito tempo, considerou a saúde como um estado de equilíbrio, centrando-se, assim, na doença e nos sintomas que deveriam ser eliminados e não no sujeito da experiência. Como resultado da visão intrapsíquica e determinista da Psicologia, os determinantes da saúde, como, por exemplo, o modo de vida do sujeito, permaneceram à margem das discussões em Psicologia Clínica, conforme pontua González Rey (2011), muito em decorrência da dificuldade em associar o cotidiano com a concepção intrapsíquica de mente ou de comportamento determinado pelos processos mentais.

Na visão de González Rey (2011), saúde e subjetividade são indissociáveis. O autor define subjetividade como sendo não somente uma organização individual, mas como uma produção simultânea de sentidos em dois níveis que estão relacionados entre si, o social e o individual. O social aqui se torna relevante apenas considerado a partir da posição ativa do sujeito que dá sentido às experiências vividas.

¹ Neste trabalho usaremos a nomenclatura “pessoas que convivem com transtornos mentais” por considerar, dentre outras questões que nomenclaturas como “sofrimento psíquico” supõe que o sujeito está em sofrimento durante todo o tempo, o que é uma concepção ainda manicomial, a nosso ver. Conviver com transtorno mental não nos indica um sofrimento perpétuo.

Nenhuma experiência vivida é portadora de uma significação psicológico universal pelo seu caráter objetivo; toda experiência toma sentido subjetivo a partir de seus efeitos colaterais sobre uma pessoa ou um grupo, efeitos que não estão na experiência, mas naquilo que a pessoa ou grupo produz no processo de viver essa experiência, a que se organiza nas configurações subjetivas específicas que emergem nesse processo. (GONZÁLEZ REY, 2011, p. 31).

É a diferença entre o que é vivido socialmente e o que é experienciado por meio de sentidos e significados para o sujeito.

A noção trazida por González-Rey está relacionada com a compressão do adoecimento para Basaglia, psiquiatra italiano, precursor da luta antimanicomial naquele país². A perspectiva de Basaglia ([1985] 2001) expõe fatores outros que não o biológico ou o psiquismo individual do sujeito. Identificou que o adoecimento se diferenciava conforme a classe social e a relação estabelecida com o médico. A Psiquiatria clássica, por sua vez, considerando saúde como estado de equilíbrio, apostava no isolamento da experiência da loucura para que os sintomas pudessem ser compreendidos e extintos.

O que era circulado pelo discurso médico é que para tratar o louco era necessário isolá-lo das situações localizadas no ambiente que, supostamente, eram os eventos desencadeadores do adoecimento. A intervenção pela via da restrição do espaço externo do louco possibilitaria a resolução de conflitos internos entre forças que levariam à saúde ou à doença, focando ao quê de razão havia para ser recuperado. Além da resolução dos conflitos internos do doente, o isolamento também servia a uma série de intervenções médicas com o objetivo de cura e assumia as mais variadas formas, desde o isolamento total (asilar), que significava a perda dos direitos como cidadão, até o incompleto, no qual a pessoa ficaria restrita à própria casa ou até mesmo com restrição de comunicação com algumas pessoas.

Basaglia ([1985] 2001), fazendo um contraponto ao discurso médico, trazia, por sua vez, a compreensão da internação psiquiátrica como sendo um dos fatores que incidiam e provocavam também o adoecimento. O poder destruidor da internação psiquiátrica incide de forma a institucionalizar todos os aspectos da vida apenas sobre aquelas pessoas que não possuem poder econômico para estabelecer contratualidades fora do hospital psiquiátrico. Assim, os pobres são vítimas do que Basaglia nomeia como violência original que os situa fora da vida produtiva em sociedade.

Se a construção da doença é questionada, a Clínica é também questionada. Se há fatores outros que interferem no processo saúde-doença, como a relação com a instituição e

² A experiência de Gorizia, cidade da Itália, vivenciada e relatada no livro “A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico”, serve como norte teórico-vivencial para as práticas em saúde mental no Brasil.

com os técnicos, a prescrição do isolamento passa a ser questionada e a relação que se estabelece passa a ser com o sujeito da experiência. Paulo Amarante (2015) fala sobre a preocupação da Reforma Psiquiátrica com a reinvenção constante da Clínica enquanto possibilidade, trazendo à cena o paradigma da responsabilização pelo cuidado, contrapondo-se ao da normatização e do disciplinamento. Ao propor, na contramão do paradigma do isolamento, um tratamento de base comunitária, com serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, a reforma psiquiátrica produz rupturas com a noção de periculosidade da loucura e produz novos lugares para o sujeito, trazendo-o de volta à cena social enquanto cidadão.

Para falar sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil, é importante que visitemos o contexto que culminou no processo de remodelamento da assistência em Saúde Mental, que se confunde diretamente com o processo de reconstrução da atenção à saúde, conforme falamos anteriormente. Iniciemos, então, pelos anos de 1960, que foi marcado pelo início da Ditadura Militar e o investimento no modelo privativo de saúde, de modo que, o Estado passou a delegar os serviços do setor privado e a doença mental passou a ser um empreendimento deveras lucrativo, como bem pontua Figueiredo (2013). A crise na saúde se tornava visível não apenas no que dizia respeito ao adoecimento mental. Nessa época, a Previdência Social foi unificada e os trabalhadores informais e os desempregados ficaram impossibilitados de receber os benefícios previdenciários, inclusive a saúde.

Juntamente com a crise na saúde privativa, temos ainda as fortes críticas ao modelo antidemocrático da Ditadura Militar e a pauta por uma sociedade democrática e igualitária. É no ano de 1978 que a denúncia do modelo asilar se fortalece, por meio, principalmente, do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental. O movimento cresce ancorado nas experiências da Itália, que já indicavam a possibilidade de sucesso a partir da ruptura com o modelo psiquiátrico clássico. A partir de então se iniciam os primeiros passos da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

A Política de Saúde Mental está ancorada e respaldada nos princípios e diretrizes do nosso sistema de saúde, não sendo possível dissociar ou isolar um do outro. A Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) aponta para um processo amplo e complexo, que é entendido como um movimento político e social que incide nos mais diversos âmbitos do território brasileiro. Complexo, pois, dentre outros fatores, não é algo finalizado, pelo contrário, está em constante construção, consequência, inclusive, da forma como entende o sujeito, a loucura e o processo saúde-doença.

Lancetti (2016), ao falar sobre a RPB, introduz também o conceito de clínica peripatética, que em si mesmo traz uma série de quebras de paradigmas, a começar por estar

necessariamente vinculada a políticas públicas que, além de considerar a pessoa que convive com transtorno mental ou a pessoa que faz uso prejudicial de álcool e outras drogas enquanto sujeito, constrói com ele, ainda, a instância de cidadão de direitos. Dessa forma, a clínica da Reforma aponta para um entrelaçamento e intercruzamento dos mais diversos aspectos da vida da pessoa. Assim, a grande novidade da Reforma é praticar a desinstitucionalização nos seus mais diversos eixos, não só fora dos espaços de reclusão, mas também dentro e a partir da sociedade.

Enquanto a institucionalização aponta um direcionamento, a desinstitucionalização nos traz outros sentidos. Um processo de institucionalização homogênea e dessingulariza. O sujeito torna-se sua doença. E o que é dito e produzido sobre ele é, na realidade, a produção de saber sobre o adoecimento que, por sua vez, passa também a ser produzido pela instituição. A partir daqui todos os sintomas decorrentes passam a ser vistos como sintomas da doença, a estereotipia, a apatia, a perda de contratualidade, toda e qualquer manifestação advinda do sujeito passa a ser vista apenas como sintoma da doença, sem que seja feita qualquer relação com a instituição.

Não podemos perder de vista, ainda, que o saber construído sobre a loucura nestas instituições, além de produzir o adoecimento pela via da exclusão, passa a produzir também na sociedade uma compreensão sobre a loucura e o lugar do louco. Tendo seu surgimento em plena era Moderna, com a sociedade se moldando a partir do método da dúvida de Descartes e da máxima “penso, logo existo”, a loucura compreendida como desrazão não teria lugar, sendo o manicômio a resposta encontrada para a recuperação da razão, por meio do tratamento moral.

Assim, a instituição está para além dos muros físicos, é, em realidade, um conjunto de crenças e valores sobre os quais a sociedade se estrutura, o que, por sua vez, produz práticas e relações excludentes e adoecedoras que se repetem e legitimam a si mesmas.

Amarante (2015) chama atenção para o uso e os sentidos do termo reforma. Para o autor, o termo cabe tanto para mudanças superficiais, quanto para mudanças estruturais, que implicariam em uma subversão na relação sociedade-Estado, no que diz respeito às Políticas de Saúde Mental. Como dissemos anteriormente, a Reforma Psiquiátrica é um processo social e, enquanto tal, está em constante e perpétuo movimento, sem um fim demarcado ou um objetivo último a ser alcançado. O autor chama ainda atenção para a ideia de que um processo social é composto por atores com interesses que nem sempre apontam para um mesmo objetivo, dessa forma, exigindo constantes negociações e agenciamentos. Um processo social complexo, como o caso da Reforma Psiquiátrica, necessita, ainda, da articulação de diversos atores, instituições e movimentos sociais.

É nesse cenário que se pauta a noção de desinstitucionalização, como apontamos anteriormente. A luta da Reforma Psiquiátrica é, portanto, a luta por novas subjetividades, que se coloca contra todas as formas de submissão, embora as lutas contra formas de exploração e de dominação estejam permeando o processo. A noção de desinstitucionalização se inscreve, portanto, num contexto de superação de paradigmas e abertura de novas possibilidades práticas-discursivas sobre a loucura. É nesse sentido que Franco Basaglia propõe a suspensão do conceito de doença. Não para negar tudo o que já foi construído sobre a sintomática do fenômeno, mas para compreender a experiência do sujeito frente ao seu adoecimento, uma experiência que também é marcada por resistências.

Dentro de um sistema cujo poder disciplinar se faz presente, resistir nem sempre quer dizer fazer alardes, como pontua Edir Pereira (2017), pelo contrário, resistir algumas vezes é curvar-se para desdobrar-se de modo que se possam criar estratégias de fuga. São essas as resistências cotidianas, aquelas que são silenciosas, porém extremamente eficientes. É preciso lembrar aqui que onde há poder, há resistência, de acordo com Foucault (1995). Ela não vem antes ou depois que o poder se instaura, mas se instaura junto ao poder. O autor pontua ainda que resistir não é meramente uma questão de vontade individual ou coletiva, muito menos uma simples reação, está, por outro lado, ligado ao próprio processo de subjetivação do sujeito. Desta forma, o sujeito não simplesmente decide resistir, resiste porque existe e porque constrói novos sentidos e rupturas com o que está instituído.

Foucault (1995) pontua que para compreender as relações de poder é preciso compreender os antagonismos, as estratégias de resistência, que seriam tentativas do sujeito de desarticular tais relações. A resistência seria uma forma de luta que questiona o indivíduo no sentido em que defende e afirma o direito de ser diferente e realça tudo o que torna os indivíduos singulares. Resistir é voltar-se para si mesmo numa tentativa de reconectar-se com a própria identidade. É ainda uma forma de opor-se aos efeitos do poder científico tecnicista, questionando a relação de controle sobre os corpos dos indivíduos. Foucault propõe ainda que ao estar presente no cotidiano, a resistência é o que faz de indivíduos sujeitos, fazendo com que ele se reconheça e com que os outros o reconheçam. Existiriam, portanto, de acordo com Foucault (1995), três tipos de luta, uma contra as formas de dominação; uma contra as formas de exploração e, por último, a que se coloca contra as formas de submissão. Embora tais lutas possam aparecer misturadas, há sempre uma que se destaca.

Pereira (2017) alerta ainda para a existência de uma geografia da resistência, no sentido em que esta é sempre situada em um lugar e a configuração desse lugar torna possível ou não o aparecimento de determinadas formas de resistência que não outras. Em contrapartida,

resistir também é produzir novas configurações espaciais. Os novos espaços fruto da resistência não são, no entanto, reflexo do sistema de dominação.

A própria existência dos Serviços Residenciais Terapêuticos, com configurações espaciais distintas do hospital psiquiátrico e, mais do que isso, com localizações espaciais distintas, na comunidade, já se constrói enquanto espaço de resistência. Aprofundando ainda mais o debate, a configuração interna de cada casa, com suas dinâmicas e formas de organização espacial próprias, apontam ainda mais para uma composição espacial favorável à resistência. A título de exemplo Frichebruder e Souza (2011) escrevem que uma das coisas que sempre as incomodou em residências terapêuticas era o uso de canecas azuis de plástico, utensílios que remetem às autoras o cotidiano do hospital psiquiátrico em que uma delas trabalhou. Em uma conversa com uma cuidadora, ao relatar o incômodo, as autoras observaram o mesmo desconforto na mulher, seguido do relato de que sempre que encontrava alguma dessas canecas na casa, jogava no lixo. Ao comentar o motivo de ter falado sobre as canecas azuis no texto, as autoras falam que a presença de tais utensílios é também a presentificação silenciada e sutil da relação de dominação com os moradores. O uso das canecas de plástico no lugar de copos e xícaras de vidro aponta para uma prevenção de um possível corte, de um possível lançamento do objeto em um momento de raiva, o que reforça o lugar da pessoa com transtorno mental como incapaz de cuidar de si mesmo e, portanto, perigosa. Ao jogar as canecas fora, a cuidadora produz um novo espaço na casa, um espaço de ruptura, portanto, de resistência.

Há algumas pessoas que defendem que a Reforma é apenas a modernização da assistência psiquiátrica e que os serviços substitutivos não seriam mais do que a humanização das características violentas das instituições asilares. Inclusive, tal argumento está sendo bastante utilizado nos dias atuais para justificar a passagem de portarias que regulamentam as velhas práticas de adoecimento em Saúde Mental. Vejamos o processo histórico por meio do qual isso vem ocorrendo.

2.2.2 Síntese dos principais marcos históricos da saúde mental no Brasil

Pensar cidadania e saúde mental num momento político regido essencialmente por fundamentalismos é zelar pela esfera pública. Conforme pontua Barreto (2003, p. 11), “Uma ampla e contraditória variedade de fundamentalismos deixa a vaga impressão de que já não há como saber que rumo tomar no mundo em que vivemos”. O discurso do encarceramento e do isolamento da loucura transparece um desejo e um projeto de dominação política, econômica e social sobre os corpos e as relações humanas. Cabe, portanto, aqui, refletir sobre como se

construiu conjuntura política atual e o campo da Saúde Mental no Brasil, bem como o quanto tais relações interferem direta ou indiretamente os sujeitos deste campo.

De forma a garantir seus ideais e pressupostos, a Política de Saúde Mental, assim como o Sistema Único de Saúde, tem alguns marcos que se fazem de extrema importância para que entendamos sua construção de maneira mais ampla e para que não percamos de vista a relação inevitável entre Política Pública e Clínica.

Um dos grandes marcos na história saúde mental no Brasil é, de acordo com Schechtman e Alves (2104), a implantação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (Caps), em 1987, o Caps Luiz da Rocha Cerqueira, em São Paulo, que veio provar que é possível cuidar de pessoas que conviviam com transtornos graves fora dos muros dos hospitais. É preciso ainda destacar a I Conferência Nacional em Saúde Mental, ocorrida também em 1987; o II encontro do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental, na cidade de Bauru, no qual foi levantada a famosa bandeira “Por uma Sociedade Sem Manicômios” e instituído o dia 18 de maio como dia da Luta Antimanicomial, fundando também o atual Movimento Nacional da Luta Antimanicomial. Destaca-se ainda a apresentação do então Projeto de Lei Paulo Delgado, em 1989, governo de José Sarney, que propunha a extinção progressiva dos manicômios, projeto que passou 12 anos em tramitação e veio a ser aprovado enquanto lei apenas em 2001 e após sofrer diversos cortes e mudanças.

Mas é em 1990 que é criada a Coordenação Geral em Saúde Mental (CGSM), tendo Domingos Sávio do Nascimento Alves, militante da luta antimanicomial, como primeiro coordenador. As legislações em saúde mental vêm, a partir de então, garantindo a implantação e regulamentação dos serviços substitutivos que, conforme Mateus & Mari (2013), asseguram que os serviços que antes eram concebidos enquanto projetos locais passem a ser garantidos enquanto política de governo, estratégia fundamental no desenvolvimento do campo da saúde mental.

Somente a partir do ano de 1992, no governo de Fernando Collor, de acordo com Bardaro e Júnior (2013), é que os movimentos sociais, inspirados pelo projeto de lei Paulo Delgado, conseguem, em vários estados, aprovar as leis estaduais que determinam a extinção dos manicômios. Em Pernambuco, a legislação estadual de saúde mental data do ano de 1994, é a lei 11.064 de 16 de maio de 1994, que já indica para a substituição dos hospitais psiquiátricos por uma rede integral, fazendo referência, inclusive, aos cuidados à pessoa dependente ou que faz uso abusivo de álcool e outras drogas.

Esse período é chamado por Borges e Baptista (2008) como sendo o momento germinativo da Reforma psiquiátrica Brasileira. Os autores destacam a importante articulação

política do então coordenador de saúde mental, tanto interna quanto externamente, ao Ministério da Saúde, para a criação do Colegiado dos Coordenadores Estaduais. Há, portanto, um grande processo de fomento às parcerias formais e informais para a implantação dos serviços substitutivos e uma forte atuação da coordenação nacional para o redirecionamento da assistência visando à desospitalização.

De 1997 a 1999 vivemos o que Borges e Baptista (2008) nomeiam como sendo um período de latência. O Ministro da Saúde da época, Carlos César de Albuquerque, atuou conforme as diretrizes econômicas do governo e efetuou mudanças na estrutura do Ministério da Saúde que repercutiram na saúde mental, como, por exemplo, a desarticulação da coordenação nacional de saúde mental enquanto formulação política. 1997 e 1998 mostram-se como anos em que não houve um investimento nas políticas de saúde mental, o que se traduz, por exemplo, na ausência de portarias ministeriais. Apenas em 1999 é promulgada a portaria 1077/99, que implanta a tabela de medicamentos essenciais em saúde mental.

O ano 2000 inaugura um novo momento na saúde mental, é o período de retomada, marcado pela alavancagem da Política. É publicada, por exemplo, a portaria 106/00, que implanta os Serviços Residenciais Terapêuticos. Mas é somente no ano de 2001 que a lei federal 10.216, fruto do Projeto de Lei de autoria de Paulo Delgado, foi sancionada, no governo de Fernando Henrique Cardoso, após vários cortes do texto original. Apesar de revolucionária por regulamentar as formas de internação, assegurar os direitos das pessoas que convivem com transtorno mental e também a proteção destes direitos, além redirecionar o tratamento dessas pessoas para serviços de base comunitária, a referida legislação não oferece mecanismos claros de substituição aos hospitais psiquiátricos.

Cabe ressaltar, no entanto, a mudança de paradigma com a sanção da lei 10.216/2001. É a partir de então que a Reforma Psiquiátrica se consolida enquanto política pública de governo, com os serviços substitutivos ocupando papel central e estratégico para a construção e consolidação de uma nova forma de assistência em saúde mental. A grande mudança de paradigma trazida pela lei 10.216/2001 consiste em que as pessoas que convivem com transtorno mental são sujeitos de direitos e como tais, precisam ser respeitados.

A referida lei traz ainda três tipos de internação: voluntária, quando o sujeito está de acordo; involuntária, sem que esteja de acordo, mas com permissão de familiar; e compulsória, quando determinada por ordem judicial. É importante ainda dizer que tanto a internação compulsória quanto a involuntária precisam ser notificadas ao Ministério Público em até 72 horas após a ocorrência. É o Ministério Público o responsável pela fiscalização das condições da internação e por assegurar que os direitos dos usuários sejam garantidos.

Em janeiro de 2002, o início do momento de expansão, de acordo com Borges e Baptista (2008), foi instituída a portaria MS/GM 251/2002, importante dispositivo legal que estabelece normas e diretrizes para a assistência hospitalar em Psiquiatria, define a porta de entrada para internações psiquiátricas no SUS e assegura que os hospitais psiquiátricos do SUS devem ser avaliados pelo Programa Nacional de Avaliação Hospitalar/Psiquiatria (PNASH). No ano seguinte, 2003, foi ainda sancionada a lei 10.708 de 31 de julho de 2003, que institui o Programa De Volta Para Casa, que consiste em um auxílio reabilitação para ex-internos de hospitais psiquiátricos com longo histórico de internações (dois anos ou mais). O referido programa atende à necessidade de reinserção social de uma população injustiçada e privada de seus direitos mínimos apenas por ser diferente. O “De Volta Para Casa” é mais um avanço alcançado a partir da lei 10216/2001, que no artigo 5º determina que pessoas há longo tempo hospitalizados ou com grave dependência institucional sejam alvos de políticas públicas específicas, de altas planejadas e de reabilitação psicossocial assistida.

Cabe, por fim, destacar que por mais inovadora que a lei 10.216/2001 seja, não traz mecanismos claros para a substituição dos hospitais, como mencionamos anteriormente, o que só vem às claras em 2011, com a portaria 3.088/2011, durante o governo Dilma Rousseff, que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas que convivem com transtorno mental e para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. A referida portaria é, de fato, um marco na história da saúde mental, não só por apontar mecanismos de substituição aos hospitais psiquiátricos, como também, pela primeira vez, por apresentar a palavra intersetorialidade, ao trazer a importância do envolvimento de outras redes no cuidado em saúde mental. Fazem parte da Raps: rede de atenção básica, rede de atenção a urgências e emergências, atenção psicossocial especializada, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar e estratégias de desinstitucionalização.

A partir de 2015, novamente o projeto passa a sofrer ataques, iniciando o momento que aqui estamos chamando de período de retrocessos. Mota, Silva e Lyra (2017) situam como um dos marcos principais do momento atual da Reforma Psiquiátrica a destituição de Roberto Tykanori, psiquiatra reconhecidamente a favor do projeto da Reforma Psiquiátrica antimanicomial, do cargo de coordenador nacional de Saúde Mental Álcool e Outras Drogas, o qual ocupou durante o governo Dilma Rousseff (2011-2016). A destituição ocorrida em 2015 se deu sem a consulta a movimentos como o de Trabalhadores em Saúde Mental e o da Luta Antimanicomial.

Em 2016, no contexto pós-golpe político configurado pelo impeachment da então presidenta eleita democraticamente, Dilma Rousseff, na contramão do desenvolvimento de um

modelo igualitário de saúde, foi aprovada pelo governo Michel Temer a Emenda Constitucional 95, que cria um teto para os gastos públicos. Tal medida impactou diretamente o desenvolvimento das Políticas de Saúde Mental, uma vez que, com o congelamento de investimentos, não mais se poderia contar com a abertura de serviços territoriais.

Em 2017, foi lançada a portaria 3588/2017, também conhecida como nova política de saúde mental, que dispõe sobre as alterações na Rede de Atenção Psicossocial. É importante frisar neste texto que as alterações feitas foram todas para privilegiar o setor privado em detrimento do público. A portaria prevê de modo explícito o aumento do financiamento à manutenção de leitos em hospitais psiquiátricos, bem como impossibilita a transferência dos recursos dos leitos fechados para os serviços de base territorial. Além disso, ampliou os recursos ofertados às Comunidades Terapêuticas, novos modelos de manicômios destinados a usuários de álcool e outras drogas.

Em 2019, assumiu o governo o atual presidente, Jair Messias Bolsonaro, que segue apoiando e criando retrocessos na saúde e, mais especificamente na saúde mental. Podemos citar, por exemplo, a lei 13.844 de junho de 2019, que relega para o segundo plano a participação social, tão importante no SUS. A referida lei ataca os direitos indígenas e reafirma o amplo poder do Ministério da Cidadania, colocando sob sua gestão diversas grandes áreas, dentre elas, a política de drogas. A Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas passou a ter um papel opaco no que tange às discussões sobre as políticas de drogas, o que abre espaço para o reconhecimento de comunidades terapêuticas ou clínicas privadas como instituições de saúde mental, sem qualquer possibilidade de controle social.

Além disso, temos a lei 13.840 de 2019, que garante a adoção como estratégia central para o usuário de drogas, a abstinência, deslocando para o último plano a redução de danos, estratégia que considera a autonomia e o cuidado em liberdade do usuário de drogas. No que diz respeito mais diretamente ao nosso objeto de estudo, as Residências Terapêuticas, em uma palavra, o novo direcionamento do Governo Federal, encabeçado pelo atual presidente, impede a abertura de novas casas à medida que retomou a centralidade dos Hospitais Psiquiátricos e, em nota técnica, recomendou o não uso da expressão “serviço substitutivo”. Além disso, a antiga lógica manicomial é retomada sobre o pretexto de um cuidado prestado em ambulatórios ditos especializados, sem que o cuidado seja articulado com o território. Sobre este último fato, Delgado (2019, p. 03) pontua que “embora seja medida esdrúxula do ponto de vista da gestão, tem uma intenção simbólica clara, de negar a mudança de modelo de atenção”.

A seguir, o Quadro 1 ilustra os principais marcos em saúde mental:

Quadro 1- Identificação dos marcos da reforma psiquiátrica

Marco	Ano	Governo
Caps Luiz da Rocha Cerqueira	1987	José Sarney
I Conferência Nacional em Saúde Mental	1987	José Sarney
II encontro do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental	1987	José Sarney
Intervenção na Casa de Saúde Anchieta	1989	Intervenção na Casa de Saúde Anchieta
Projeto de Lei Paulo Delgado começa a tramitar	1989	José Sarney
Lei 10.216/2001 – Lei Nacional da Reforma Psiquiátrica	2001	Fernando Henrique Cardoso
Portaria MS/GM 251/2002 – PNASH	2002	Luís Inácio Lula da Silva
10.708 /2003 – Programa de Volta Pra Casa	2003	Luís Inácio Lula da Silva
Portaria 3.088/2011 – RAPS	2011	Dilma Roussef
Destituição de Roberto Tykanori da Coordenação Nacional de Saúde Mental Álcool e Outras Drogas	2015	Dilma Roussef
Impeachment e aprovação da EC 95 – Congelamento dos gastos públicos	2016	Michel Temer
Portaria 3588/2017 – Alterações significativas na Política de Saúde Mental	2017	Michel Temer
Centralidade em hospitais psiquiátricos	2019	Bolsonaro

Fonte: Elaborado pela autora, a partir dos dados da pesquisa (2020)

3 METODOLOGIA

A narrativa não é, necessariamente, literária, com palavras, frases, tramas, intrigas. Antes, é gesto, som, imagem, movimento, ação, como é no começo da vida. [...] é mais toque ou holding (sustentação) do que palavra (GUTFREIND, Celso, p. 29, 2009).

A definição de um problema de pesquisa não acontece a partir do zero. Ela se constrói a partir das experiências da pessoa que está pesquisando, mas também a partir da literatura. Neste caso, não foi diferente. A partir dos levantamentos, pude perceber a escassez de produção científica envolvendo Serviços Residenciais Terapêuticos que investigassem os sentidos produzidos por moradores de uma residência terapêutica, considerando os paradoxos de uma casa-serviço. Tal escassez se faz ainda mais presente, se focarmos apenas no campo da Psicologia. A maioria dos trabalhos encontrados voltava-se a investigar a interação dos moradores com os vizinhos e com a comunidade, no entanto, sempre a partir da ótica externa. Tais impressões, a partir da literatura recente, em conjunto com a compreensão da moradia como sendo, dentre outras coisas, um espaço de conforto e intimidade, além de um lugar de proteção, como bem pontuam Silveira; Júnior e Macedo (2011), despertaram meu interesse pela problemática desta pesquisa: Quais os sentidos produzidos por moradores de um serviço residencial terapêutico sobre uma moradia que é, ao mesmo tempo, um serviço?

Como pontua Donna Haraway (1995), a importância dos saberes localizados está em compreender como significados e corpos são construídos para que possamos viver em significados e corpos que tenham um futuro possível. Dessa forma, estamos nos posicionando aqui de forma totalmente parcial, compreendendo a perspectiva parcializada como sendo privilegiada na forma de fazer ciência. Ainda recorrendo a Donna Haraway (1995), destacamos a importância de sermos responsáveis pela realidade que produzimos e que aprendemos a ver. A objetividade proposta pela autora “[...] trata da localização limitada e do conhecimento localizado, não da transcendência e da divisão entre sujeito e objeto. Desse modo podemos nos tornar responsáveis pelo que aprendemos a ver” (HARAWAY, 1995, p. 21).

Assim sendo, esta pesquisa está ancorada numa abordagem qualitativa que, como pontua Minayo (2001), está voltada ao universo de significados e significações, crenças, valores, atitudes, ou seja, é uma abordagem que se preocupa com as particularidades das relações humanas. Ainda dentro da abordagem qualitativa, este estudo se insere a partir do construcionismo social. As investigações com base no construcionismo social compreendem que o conhecimento é construído na exterioridade das interações humanas, sendo, portanto,

ações sociais que estão interligadas a toda e qualquer atividade. Mary Jane Spink e Rose Mary Frezza (2013) pontuam que a perspectiva construcionista é acompanhada, necessariamente, de um processo de desfamiliarização de categorias profundamente arraigadas na nossa sociedade, por exemplo, a loucura. Desse processo faz parte a possibilidade de uma contínua construção de novas teorizações, novos repertórios interpretativos, que nos permitem, por meio de contínuas significações e ressignificações, dar sentido ao mundo. O sentido é, portanto, uma construção social.

3.1 ABORDAGEM TEÓRICO-METODOLÓGICA: PRÁTICAS DISCURSIVAS E PRODUÇÃO DE SENTIDO

Esta pesquisa está situada na Psicologia Social, a partir dos estudos em construcionismo social que tendem a focalizar os processos de interação humana. Isso implica dizer, dentre outras coisas, que o conhecimento é algo construído a partir da interação. Spink e Frezza (2013) pontuam a importância de um processo de desfamiliarização com o que está instituído. As investigações com base no construcionismo social compreendem que o conhecimento é construído na exterioridade das interações humanas, sendo, portanto, ações sociais que estão interligadas a toda e qualquer atividade. Mary Jane Spink e Rose Mary Frezza (2013) pontuam que a perspectiva construcionista é acompanhada, necessariamente, de um processo de desconstrução de categorias profundamente arraigadas em nossa sociedade, por exemplo, a loucura. Desse processo faz parte a possibilidade de uma contínua construção de novas teorizações, novos repertórios interpretativos, que nos permitem, por meio de contínuas significações e ressignificações, dar sentido ao mundo. O sentido é, portanto, uma construção social.

Nesta perspectiva, compreendemos que nossa pergunta de pesquisa remete a uma ruptura com o discurso institucionalizado sobre a loucura. Mary Jane Spink e Benedito Medrado (2013), ao refletirem sobre rupturas que fazemos com os processos institucionalizantes, apontam para o uso ativo da linguagem, ou seja, é a maneira como as pessoas produzem sentidos e se posicionam diante das relações sociais. Uma das formas pelas quais as pessoas produzem sentido é por meio das conversas, sendo o cotidiano o território privilegiado das práticas discursivas.

Peter Spink (2008) define o cotidiano como sendo tudo o que temos. O autor defende ainda que a inserção do pesquisador no cotidiano deve se dar de forma horizontalizada, atentando para os microlugares nos quais interagimos e as socialidades e materialidades que os

compõem. O autor traz ainda a importante diferença entre pesquisar no cotidiano e pesquisar o cotidiano. Conforme Spink, a pesquisa no cotidiano pressupõe que o pesquisador esteja presente em espaços públicos, compartilhando a cultura que sustenta esses lugares.

3.2 CAMINHO METODOLÓGICO

3.2.1 Revisão crítica de literatura

O problema de pesquisa foi se desenhando a partir da vivência do campo-tema. Precisamos, para isso, fazer uma revisão crítica e sistemática de literatura, que se deu como descrito a seguir. Para delimitação dos descritores que seriam usados, acessamos o banco de dados de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), com o objetivo de encontrar descritores oficiais, porém, ao procurarmos pelos termos “residência terapêutica” e “serviço residencial terapêutico”, os mesmos não foram reconhecidos. Acreditamos que isto se deva ao fato de ser um dispositivo pouco pesquisado na Saúde Mental. Desta forma, optamos por realizar buscas com os dois termos, bem como utilizar os termos em inglês “*Therapeutic residence*” e “*Therapeutic Residence Service*”, por acreditar que estes poderiam trazer resultados valiosos à investigação aqui proposta. Já aqui destacamos a importância das buscas com os termos em português e, posteriormente, em inglês, que nos deram acesso a maior e mais diversa quantidade de publicações.

Para esta pesquisa, levamos em conta os critérios propostos por Lima e Miotto (2007), com o intuito de delimitar nosso estudo. Com relação ao parâmetro cronológico, utilizamos apenas pesquisas realizadas nos últimos dez anos³, com intuito de evidenciar a produção mais recente sobre o tema. Após definida a cronologia, definimos também as principais fontes de levantamento, o Portal de Periódicos Capes e o banco de dissertações em Psicologia do Repositório Institucional da UFPE. Este último com o objetivo de analisar o que já foi produzido por nosso programa sobre o tema. Seguindo ainda o proposto pelas autoras, definimos como parâmetro linguístico apenas produções em português, pretendendo nos debruçar sobre as produções nacionais, e, por fim, apenas pesquisas cujas temáticas estivessem interligadas com este estudo.

Consideramos apenas artigos produzidos entre os anos de 2008 e 2018, com exceção de um que surgiu na busca, mesmo sem estar dentro do critério cronológico, que, pela

³ O critério cronológico de dez anos foi utilizado levando em consideração a pouca quantidade de publicações científicas sobre a temática.

relevância, decidimos manter⁴. Para refinar os resultados, optamos ainda por artigos em português sem restrições quanto à área de conhecimento.⁵ Já o banco de dissertações de Psicologia do Repositório Institucional da UFPE reúne apenas dissertações produzidas por nosso programa.

Em pesquisa realizada em julho de 2018 no Portal de Periódicos Capes, encontramos ao todo vinte e seis artigos que se referiam ao nosso campo-tema. Para esta primeira seleção, fizemos uma leitura inicial dos títulos e, quando esta se mostrava insuficiente, dos resumos. Para melhor organização e visualização dos resultados, os trabalhos foram organizados por título, ano de publicação e área de conhecimento.

Já no banco de Dissertações de Psicologia no Repositório Institucional da UFPE em agosto de 2018 rendeu ao todo seis dissertações que se relacionam diretamente com o tema. Os trabalhos foram organizados por título, ano de publicação e sujeitos de pesquisa.

3.2.2 Refinando os resultados

Após o levantamento no Portal de Periódicos Capes, foram descartadas dez publicações. Sete delas por tratarem de questões muito específicas para outros núcleos profissionais, como enfermagem, educação física, nutrição e odontologia, por exemplo, a inserção destes profissionais nos Serviços Residenciais Terapêuticos e as funções desenvolvidas por eles. O oitavo trazia para análise a questão da desinstitucionalização de pacientes de longa permanência em um hospital psiquiátrico do Rio de Janeiro. Apesar de o tema se mostrar interessante, o trabalho não se mostrou de grande auxílio para esta pesquisa, por ser voltado muito mais para a avaliação de uma intervenção específica em Saúde Mental, *Critical Time Intervention* (CTI), o que não é nosso foco. Um dos últimos artigos descartados trazia a análise de um caso clínico para adaptação dos Serviços Residenciais Terapêuticos para a Marinha. Embora a proposta seja inegavelmente intrigante, este artigo não mostrou relevância para nós, por problematizar questões muito específicas do funcionamento psíquico de uma usuária sem que ela ainda fosse moradora de um SRT e, por trazer outra proposta de moradia, regulada por um dispositivo vinculado às forças militares com funcionamento e diretrizes completamente diferentes do Sistema Único de Saúde (SUS). O último artigo, por fim, foi

⁴ Tal publicação data de 2007.

⁵ Inicialmente nossa proposta era restringir as buscas apenas às produções em Psicologia, no entanto, após levantamentos exploratórios nos demos conta da baixa produção na área, motivo pelo qual, achamos relevante ampliar o estudo, levando ainda em consideração que a Saúde Mental é um campo formado por múltiplos saberes. (AMARANTE, 2015).

descartado por se tratar de um estudo quantitativo voltado à análise da qualidade de vida, no entanto, os critérios para avaliação estavam centrados muito mais a aspectos físicos. Em nenhum momento avalia a relação com a moradia.

Das seis dissertações encontradas no banco de dissertações em Psicologia do Repositório Institucional da UFPE, descartamos apenas uma, por ser muito voltada a questões ligadas ao funcionamento de um Centro de Atenção Psicossocial, sem ter o foco para a articulação com os Serviços Residenciais Terapêuticos.

Os dezesseis artigos restantes foram selecionados a partir de dois critérios, teriam que ser voltados a analisar a proposta de moradia nos Serviços Residenciais Terapêuticos juntamente ao desenvolvimento da cidadania, bem como analisar a relação dos moradores com a casa e cidade.

Cabe destacar que, além do levantamento em banco de dados, utilizamos como estratégia o levantamento de busca assistemático, ou seja, por meio das indicações ou das referências bibliográficas dos artigos selecionados. Estes, assim como os que apareceram oficialmente nas buscas, estarão presentes no corpo da pesquisa em curso.

3.2.3 Caracterização temporal das publicações

O ano que teve mais artigos publicados no banco de periódicos da Capes foi 2010, com sete artigos; seguido por 2013 com quatro. Destacamos que o dado referente a 2018 foi coletado durante o mês de julho, o que significa que só podemos afirmar a inexistência de artigos sobre a temática até esse mês. Quanto às dissertações produzidas no Programa de Pós-graduação em Psicologia da UFPE e disponibilizadas no Repositório Institucional, observamos que o ano de maior publicação foi 2011, com duas dissertações.

É necessário neste ponto contextualizar a política de saúde mental brasileira, mais especificamente no campo da desinstitucionalização, ao longo da última década, atentando, deste modo, que a produção em pesquisa não se faz dissociada da conjuntura histórica e social do momento.

Em 2000, foi elaborada a portaria nº 106/2000 que, após experiências exitosas em algumas cidades do país, introduz os Serviços Residenciais Terapêuticos no âmbito do Sistema Único de Saúde. No ano seguinte, foi sancionada a lei 10.216/2001, de autoria de Paulo Delgado. É a partir de então que a Reforma Psiquiátrica se consolida enquanto diretriz de uma política pública com os serviços substitutivos ocupando papel central e estratégico para a construção e consolidação de uma nova forma de assistência em saúde mental. Temos ainda

instituída em janeiro de 2002 a portaria MS/GM 251/2002, importante dispositivo legal que vem estabelecer normas e diretrizes para a assistência hospitalar em psiquiatria, definir a porta de entrada para internações psiquiátricas no SUS e assegurar que os hospitais psiquiátricos do SUS devem ser avaliados pelo Programa Nacional de Avaliação Hospitalar/Psiquiatria (PNASH). No ano seguinte, 2003, foi ainda sancionada a lei 10.708 de 31 de julho de 2003, que institui o programa De Volta Para Casa, que consiste em um auxílio reabilitação para usuários ex-internos de hospitais psiquiátricos com longo histórico de internações (dois anos ou mais). O referido programa vem atender à necessidade de reinserção social de uma população injustiçada e privada de seus direitos mínimos apenas por ser diferente. O “De Volta Para Casa” é mais um avanço alcançado a partir da lei 10216/2001, que em seu artigo 5º determina que os usuários hospitalizados há longo tempo ou com grave dependência institucional sejam alvos de políticas públicas específicas, de altas planejadas e de reabilitação psicossocial assistida.

O ano de 2010 marca apenas uma década depois da introdução dos Serviços Residenciais Terapêuticos no SUS e nove anos depois da lei 10.216/2001. Todas as produções encontradas neste período, inclusive as que foram descartadas, são voltadas a apresentar e analisar a implantação dos SRT nos respectivos municípios. Mais especificamente, os que foram descartados faziam alusão ainda, de forma muito introdutória, a como núcleos profissionais poderiam se inserir neste dispositivo. As produções nos apontam, então, que a primeira década dos SRT provavelmente foi um período adaptativo e avaliativo.

3.2.4 Distribuição das publicações do Portal de Periódicos Capes por área de conhecimento

Após leitura dos artigos e conforme a categorização dos autores por disciplina de atuação, observamos que a maior área de produção dos artigos encontrados sobre Serviços Residenciais Terapêuticos é a Enfermagem, com onze artigos publicados, seguida pela Psicologia, com oito e os demais distribuídos em Psiquiatria e outros campos de saberes.

Os resultados nos remetem quase que imediatamente ao que Foucault ([1975] 2017) nos conta sobre a história da loucura e como esta última tornou-se objeto das ciências Médicas e Psicológicas. De acordo com o autor, a medicina sempre esteve interessada em categorizar e tratar a loucura. Apesar do desenvolvimento modesto, na idade clássica já surgiam algumas práticas médicas referentes à loucura.

Tais práticas foram retomadas por Pinel e seus sucessores, que, baseados nas ciências naturais, viam no isolamento a melhor forma de compreender a loucura mediante observações sistemáticas e contínuas. É nesta época também, conforme Foucault ([1975] 2017), que a loucura passa a ganhar status psicológico. A partir do tratamento moral imposto por Pinel aos loucos, a doença mental passa a ser considerada um acontecimento inserido numa dimensão interior, ganhando significações psicológicas. A loucura é, portanto, desde Pinel, objeto das ciências Médicas e Psicológicas, o que se reflete até hoje nas produções acadêmicas sobre o tema, sendo estas as ciências que mais apareceram no levantamento para esta pesquisa.

3.2.5 Aproximações e distanciamentos

Durante a leitura dos artigos, buscamos estar atentas à forma como os autores se referiam aos moradores das Residências Terapêuticas, o que, a nosso ver, diz da aproximação ou distanciamento epistemológico do que propõe a Reforma Psiquiátrica. Muitas são as concepções acerca do processo de Reforma Psiquiátrica, o que todas possuem como parâmetro é a desinstitucionalização como diretriz. Paulo Amarante (2015) situa a desinstitucionalização como um processo amplo e que não deve ser confundido apenas com a desospitalização. É, no entanto, uma proposta de desconstrução dos lugares da loucura na sociedade e nas ciências. Franco Rotelli (1988), ao se referir à desinstitucionalização, propõe uma inversão de lógica no que diz respeito à relação manicômio-loucura. Conforme o autor, o objeto da Reforma Psiquiátrica não é o manicômio, mas, sim, a loucura. Rotelli compreende o manicômio como uma expressão do lugar da loucura na sociedade.

Neste sentido, só é possível ultrapassar os muros dos manicômios, se desconstruirmos os muros simbólicos em torno da loucura, buscando outras bases epistemológicas a partir das quais construiremos novos lugares para o sujeito da loucura, o que perpassa pela criação de novos discursos. É a partir dessa proposta, como veremos mais detalhadamente adiante, que surgem as Residências Terapêuticas, o sujeito deixa de ser paciente para ser morador.

Ao longo das leituras das produções nos demos conta de um número expressivo de artigos situando os moradores enquanto pacientes, o que, a nosso ver, deturpa o papel das moradias enquanto produção de cidadania e reforça o lugar comum da loucura como objeto sobre o qual deve haver intervenção científica.

O único artigo de Psicologia descartado da lista, por exemplo, se propõe a analisar a qualidade de vida de moradores das Residências Terapêuticas a partir de dois instrumentos, um questionário sociodemográfico e o WHOQOL-BREF que, conforme os autores, é um

instrumento voltado a analisar a qualidade de vida (DEUS *et al.*, 2014). A primeira vista, pareceu uma produção interessante, porém, durante a leitura, observamos que os autores pareciam não saber ao certo sobre o que estavam se propondo a falar, os SRT. Em diversos momentos ao longo do texto se referem aos moradores como internos ou pacientes, refletindo o paradigma manicomial numa estratégia da Reforma Psiquiátrica.

Surgiu ainda no nosso levantamento uma publicação de 2007⁶. O artigo de Amarin e Dimenstein (2007) se propõe a analisar a relação dos moradores com a cidade, além de problematizar os dispositivos de controle que surgem dentro da casa por cuidadores, destacando como possível uma clínica que possibilite a autonomia dos moradores, bem como potencialize sua relação com a cidade. Algumas outras publicações problematizaram a relação dos moradores com a cidade, mas sempre a partir do olhar externo (RIBEIRO NETO; AVELAR, 2016; ARGILES, 2012; ANTUNES *et al.*, 2013; SILVEIRA; JÚNIOR, 2009).

Outros trabalhos trouxeram contribuições para pensarmos a dinâmica dos Serviços Residenciais Terapêuticos (PASSOS; RUMIN, 2014; CARNEIRO; ROCHA, 2010; JÚNIOR; SILVEIRA; OLIVEIRA, 2009; COUTINHO *et al.*, 2010; PINTO, 2011). Pinto (2011) entrevistou cuidadores de SRT da cidade do Recife e chamou atenção para a dupla função dessa equipe, enquanto facilitadora da reinserção social e da reabilitação dos moradores, mas também enquanto representantes de regras e diretrizes de funcionamento, o que contribui para tentativas de institucionalizações dos sujeitos na casa. Para pensar esses processos de governamentalidade sobre os moradores, Rodrigues (2011) nos auxiliou a problematizar os termos usados de forma distorcida, para justificar o controle, como “combinados”, por exemplo. Já Silva (2015) trabalha com a sexualidade dos moradores, temática que aparece nos corpos por tanto tempo institucionalizados e que, conforme a literatura, parece ainda ser um tema tabu quando se trata de pessoas com transtornos mentais. A grande maioria das produções científicas em torno da moradia em saúde mental traz, de uma forma ou de outra, a discussão sobre os dispositivos de controle presentes na relação Estado-moradores, que se concretiza por meio de regras e de singularidades.

A partir da leitura sistemática e da revisão crítica de literatura pudemos delimitar nossa pergunta de pesquisa que busca compreender como se desenvolvem as resistências dos moradores aos processos massificadores e institucionalizantes que se manifestam numa casa regulada por diretrizes nacionais, mas habitada por singularidades.

⁶ Intitulada “Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico”. Apesar de o ano não estar dentro do nosso período cronológico, optamos por mantê-la pela relevância do trabalho.

A partir da leitura sistemática e da revisão crítica de literatura, pudemos delimitar nossa pergunta de pesquisa, que busca compreender como se desenvolvem as resistências dos moradores aos processos massificadores e institucionalizantes que se manifestam numa casa regulada por diretrizes nacionais, mas habitada por singularidades.

3.3 OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

Após a aprovação do projeto de pesquisa na banca de qualificação, em dezembro de 2018, iniciei a pesquisa em junho de 2019, e levando em consideração as indicações da banca, mudei o método de coleta dos dados. Anteriormente, havíamos cogitado a realização de rodas de conversa, combinadas com observação, porém, não pudemos deixar de considerar que o dispositivo em que a pesquisa iria ocorrer era a casa dos sujeitos de pesquisa, de forma que qualquer instrumental técnico poderia alterar consideravelmente o cotidiano e, possivelmente, os faria confundir a casa com um serviço, como o Caps, por exemplo. Dessa forma, optamos por usar apenas a observação combinada com as conversas no cotidiano.

Entrei, então, em contato com a coordenadora de saúde mental do município para explicar a proposta da pesquisa, e a coordenadora também Técnica de Referência da residência, concordou no mesmo instante. Pedi, então, que fizesse a interlocução com os moradores, para que aceitassem minha presença, o que foi feito. Como eu já conhecia os moradores, avaliamos que não seria necessário que ela estivesse comigo no primeiro dia. Solicitei apenas que também avisasse para os cuidadores que eu estaria fazendo a pesquisa lá. Iniciei as visitas dia 10 de junho de 2019, tendo me estendido até o dia 09 de julho de 2019. Ia duas vezes por semana na casa e ficava cerca de 4 a 5 horas.

Bogdan e Taylor (1980) definem observação participante como sendo caracterizada por um período de interação social entre o pesquisador e os participantes de pesquisa. Neste período, os dados são coletados de maneira discreta e sistemática. “Os observadores mergulham na vida do povo e na situação em que eles desejam compreender. Falam com elas, brincam e empatizam compartilhando de suas preocupações e experiências” (BOGDAN; TAYLOR, 1980, p. 3.). E seguem pontuando que esse contato prolongado com o cotidiano permite a compreensão da dinâmica das relações. Mas um método exige também registro. Os autores chamam atenção para a necessidade de anotar todas as notas de campo, após cada dia de observação, de forma sistemática, em um diário de campo. As notas, no entanto, não devem se restringir apenas à coleta, mas também devem abarcar o pré-trabalho, mesmo durante a análise.

Todo e qualquer contato com os sujeitos e mesmo os sentimentos e impressões do pesquisador devem ser registrados.

Apesar dos aportes teóricos, realizar uma pesquisa em um local familiar não é tarefa das mais fáceis. Redon (2008) nos traz que uma das formas de estranhar o familiar, é o confronto das teorias com a pesquisa e a percepção de que os diferentes atores envolvidos na pesquisa estão imbricados de diferentes lugares. Apesar de ter vivência naquele local, com aquelas pessoas, especificamente, eu agora atuava a partir de outro lugar e, somado a isto, nunca vivi as experiências que os moradores vivem e viveram. Nunca estive internada por anos em uma instituição total e, tampouco, precisei passar por uma reabilitação psicossocial como estratégia de reinserção na comunidade. Como traz Figueiredo (2013), estar no lugar de pesquisadora num local familiar me permite olhar para a lógica da constituição das relações de outra forma.

A partir desse olhar, fui tomada por forte expectativa para a realização da pesquisa, não só pelo afeto que dedico ao campo-tema, mas também pelo afeto que dedico aos moradores da residência. O afeto não foi só de minha parte, os moradores evocavam minha presença num tempo passado, por meio de atualizações sobre o cotidiano, sorrisos e pedidos de que eu ficasse mais. A leitura de estudos que, assim como o meu, envolvem afetos e afetações, ajudou bastante neste processo.

Assim como Figueiredo (2013), ao assumir que poderia estranhar o familiar, passei a enxergar o diferente na rotina. Percebi que muitas mudanças haviam ocorrido, com destaque para a morte de um dos moradores, Marcelo⁷. Na época de residente, Marcelo era o morador que mais se destacava pela simpatia e pela conversa solta, e ao chegar à casa, senti sua ausência de imediato. Além disso, a equipe de cuidadores toda havia mudado, em decorrência do concurso público, e a TR que antes fazia visitas frequentes, hoje em dia já não consegue tal feito, o que afeta diretamente o cotidiano da casa. Os novos cuidadores pareciam ainda tatear no que é a proposta de um Serviço Residencial Terapêutico. Os moradores, por sua vez, pareciam ter vivido um longo período de perdas e ainda estavam tentando se organizar na nova rotina.

Um fato importante a ser destacado era o estranhamento da equipe de cuidadores com relação a mim. As duas primeiras vezes que cheguei à casa fui recebida com certo receio pelas cuidadoras do plantão, mesmo tendo solicitado à TR que avisasse de minha ida. Em um dos momentos, precisei ligar para que ela pudesse confirmar que tinha autorizado minha presença lá, o que, em certa medida, é positivo, considerando que minha presença injustificada poderia

⁷ Nome fictício.

não ser benéfica aos moradores. Mas, além disso, as cuidadoras agiam de uma forma um tanto mecânica sempre que eu chegava e depois iam ficando mais à vontade, o que demonstra uma fantasia de que eu estava lá para vigiá-las ou fiscalizar seu trabalho, conforme escrevi no diário de campo do dia 10 de junho de 2019, quando estava apresentando a pesquisa:

A partir daí pedi para todos se reunirem na sala com a presença das cuidadoras e falei detalhadamente sobre o que era a pesquisa. Expliquei que já tinha vindo na casa antes, mas que agora estava retornando em um outro lugar, como pesquisadora. Falei que iria respeitar o tempo deles e que caso não se sentissem à vontade com minha presença, era só dizer que eu me retiraria. As cuidadoras me perguntaram durante a explicação qual era minha profissão e o motivo de eu querer fazer a pesquisa ali. Em outro momento nesse mesmo dia, procuravam investigar minha trajetória profissional e, como sabiam que eu já havia estado ali, perguntaram o que eu estava achando. Disse que não me cabia fazer avaliações, e que também não estava ali a mando da coordenadora. Falei isso porque percebi o receio e o melindre que as cuidadoras estavam com relação a mim. Suponho que é porque acabaram de assumir seus cargos e ainda podem estar inseguras.

Como queria minimizar ao máximo os efeitos de minha presença, não cheguei a levar caderno para anotar as observações na própria casa, mas, sempre, ao sair, anotava palavras-chave para que pudesse me recordar dos acontecimentos quando fosse narrar os fatos no diário de campo, como orientam Bogdan e Taylor (1980).

3.4 CONVERSAS DO COTIDIANO

As conversas, por ser um fato corriqueiro, do cotidiano, nem sempre são tidas como um importante método de pesquisa, no entanto, conversar é produzir sentido e produzir sentido é se posicionar no jogo de interação social, conforme pontua Menegon (1999). A autora situa ainda a conversa como práticas discursivas e, mais, como linguagem em ação, sendo um campo privilegiado para a análise da produção de sentidos, devido à informalidade em que se dão.

No trabalho com conversas do cotidiano, é preciso que estejamos atentos para três aspectos, o enunciado, o contexto imediato da conversa e a inter-relação que se estabelece entre a situação relacional e o contexto amplo de circulação das ideias na cultura, de acordo com Menegon (1999).

O primeiro aspecto, os enunciados, são orientados por vozes, as formas, que são os discursos, e os conteúdos, ou repertórios interpretativos (SPINK; MEDRADO, 2013, p. 29). Bakhtin (2006) define enunciado como sendo expressão ou palavras utilizadas em contextos e situações específicas. Tais expressões associadas à noção de vozes ganham seu caráter social. Vozes, para o autor, indicam os diálogos e as negociações com os interlocutores que ocorrem

para que haja um enunciado, são o ponto de vista dos interlocutores (MENEGON, 1999, p. 218), antecedem os enunciados e se presentificam no momento mesmo em que eles se produzem. A partir do conceito de vozes, os autores situam que as falas de uma pessoa são sempre situadas e endereçadas a interlocutores que podem estar presentes ou não no momento do diálogo. A compreensão dos sentidos, portanto, se dá a partir do confronto entre as diferentes vozes presentes no diálogo.

Compreender os sentidos sobre determinado tema perpassa ainda pela noção de que a linguagem é ação e que, portanto, produz consequências (SPINK; MEDRADO, 2013, p. 30.). Ao falarmos, estamos, necessariamente, produzindo ações e nos posicionando frente a nossos interlocutores.

Para analisar uma conversa, é necessário que entendamos quem está falando, para quem está endereçando a fala e qual o contexto em que a fala está sendo produzida. O foco se volta para onde está se dando a conversa.

No que se refere ao local, é importante destacar que a informalidade da situação possibilita um certo descompromisso disciplinar. Ou seja, permite maior desvinculação de linguagens ligadas a determinados estratos sociais (profissão, religião, um grupo específico). (MENEGON, 1999, p. 218).

Ainda sobre a importância das conversas, Menegon vem nos falar que há certa flexibilidade, propiciada pelo contexto, que outros métodos não permitem. Tal frouxidão das regras e dos lugares possibilita uma diversidade de posicionamentos diante dos repertórios que estão disponíveis aos interlocutores. Além disso, por mais informais que possam ser, por conta do contexto imediato, as conversas são permeadas por o que a autora chama de linguagens hegemônicas, que revelam estruturas sociais solidificadas e compartilhadas culturalmente.

Neste sentido, a escolha por analisar as conversas do cotidiano nos auxiliará a compreender os repertórios linguísticos e interpretativos por meio dos quais os moradores se posicionam na e a partir da moradia e como, por meio deles, resistem ou não aos processos hegemônicos de institucionalização.

3.5 OS INSTRUMENTOS

A observação foi feita com base em um roteiro pré-estabelecido (ver apêndice B), com base nas leituras que realizei sobre o tema e também com base nos objetivos, geral e específicos. Durante a realização do estudo, o roteiro foi sendo acrescido de questões que não haviam sido previstas, como, por exemplo, o impacto de minha presença na casa enquanto pesquisadora. Tal

modificação só pôde ser feita em decorrência da interação com os sujeitos. Após cada dia de observação, a visita era transcrita num diário de campo.

O roteiro de observação, inicialmente, era dividido em 7 objetivos, os quais puderam guiar o meu olhar. O primeiro objetivo consistia em descrever o local em que a casa estava inserida, falar sobre a dinâmica do bairro, sua interação com o município, descrever a rua, tanto espacialmente quanto em nível simbólico: por exemplo, quais eram as pessoas que passavam pelo local e como passavam. O segundo estava relacionado à descrição da casa em si, falar sobre os cômodos, a disposição dos móveis, para, em seguida, falar sobre a circulação dos moradores pela casa. Neste último, busquei verificar se todos os moradores circulavam por todos os espaços, se havia espaços restritos e como se davam as negociações das regras de acesso. Falar sobre circulação implicava ainda indagar-se sobre como os moradores falavam sobre a casa, sobre si mesmos e sobre a comunidade. Por fim, observar a relação dos moradores com a equipe técnica. Como relatado acima, com a interação, pude acrescentar mais um objetivo, a relação dos moradores comigo e com a pesquisa.

3.6 COMO OCORREU A ANÁLISE

Finalizei meu tempo na residência terapêutica quando considerei que tinha material suficiente para análise e que os objetivos da pesquisa haviam sido contemplados. Destaco que assim que voltava de cada visita, me debruçava sobre o computador para transcrever minhas impressões para o diário de campo. Não escrevia enquanto estava na casa, porque não queria que um caderno chamasse a atenção dos moradores e a minha, a ponto de me distrair das informações que realmente pareciam importar. Em alguns momentos, para lembrar melhor de alguns diálogos específicos, assim que entrava no ônibus ou no carro, gravava um pequeno áudio com palavras-chave. Esse processo, um tanto exaustivo, perdurou enquanto estava na casa. Anotava tudo. Inclusive conversas com outros interlocutores, mas que envolvessem os moradores, como é o caso da técnica de referência.

Passado este momento, comecei a leitura e releitura do material para organizá-lo por meio de temas, orientados pelos objetivos da pesquisa, para que os conteúdos se mostrassem mais acessíveis, conforme orienta Gill (2008). Dessa maneira, o conteúdo do diário de campo foi organizado em três grandes temas: relação com a casa; relação entre os moradores e equipe técnica, resistências cotidianas. Surgiram também alguns outros subtemas, como por exemplo, a relação dos moradores comigo, gênero, sexualidade e raça. Todas as questões serão mais bem apresentadas no capítulo seguinte.

3.7 SOBRE O LOCAL EM QUE A PESQUISA OCORREU

Falar sobre campo em Psicologia Social implica uma discussão que problematize os locais. O termo “pesquisa de campo” é, na maioria das vezes, empregado para designar o tipo de estudo em que o pesquisador vai até o local de vida cotidiana dos sujeitos. Nesta perspectiva, são feitas coletas de informações em regiões específicas que, posteriormente, passarão por rigorosa análise. O campo aqui existe numa região geográfica específica e, quando o pesquisador não está neste lugar, também não está no campo (SPINK, p. 21, 2003).

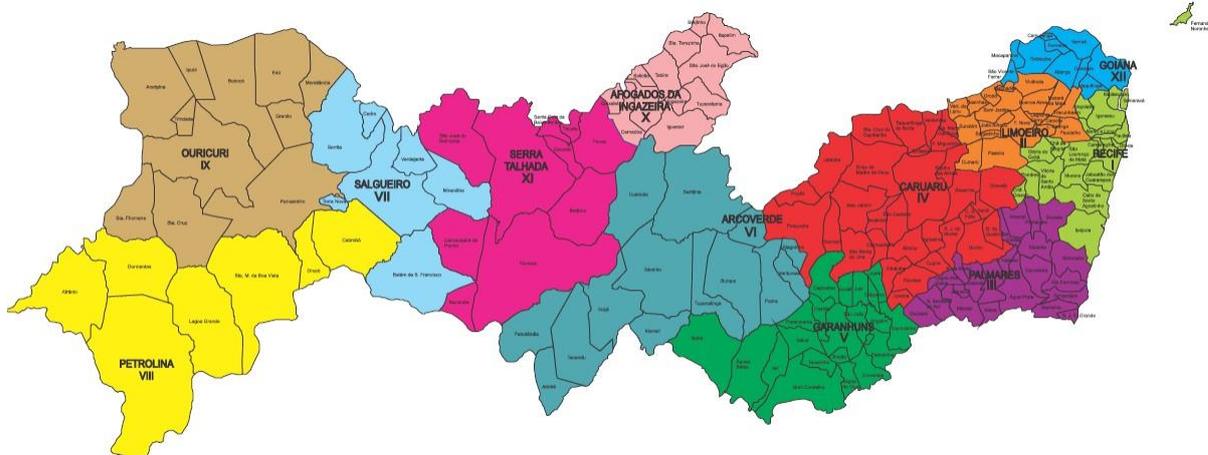
Na perspectiva pós-construcionista, o campo é visto não como um lugar específico, mas como atual situação de um assunto. Neste sentido, preferimos aqui adotar o conceito de espaço vivido, proposto por Milton Santos (1994), para quem tudo o que existe em um lugar está em relação com todos os seus elementos, “[...] são as teias com objetos e ações com causa e efeito, que forma um contexto [...]” (SANTOS, 1994, p. 97). Neste sentido, para o autor, uma cidade pode ser considerada um lugar, no qual o ser humano percebe o mundo por meio do corpo e dos sentidos e se apropria do espaço para viver, conforme pontuam Moreira e Helpanhol (2007). Essa concepção sobre lugar traz para as pesquisas no cotidiano novas possibilidades e conexões, conforme Spink e Spink (2017).

O local escolhido para a realização deste estudo foi um município localizado em Pernambuco, cujos critérios que levaram a esta escolha se dão pelo fato de que o mesmo tinha um Serviço Residencial Terapêutico do tipo II, além do vínculo que esta pesquisadora havia construído previamente com os moradores.

3.7.1 O município

O município em questão é localizado no estado de Pernambuco, que é organizado em 12 regiões de saúde. Tal organização é orientada pelo Pacto Pela Saúde de 2006, que, dentre outras questões, consolida os processos de regionalização; e pelo decreto 7.508 de 2011, que regulamenta a Lei Orgânica da Saúde, 8.080 de 1990, e ratifica a importância da regionalização e da hierarquização na organização das ações e serviços do Sistema Único de Saúde. As 12 regiões de saúde, ilustradas no mapa da Figura 1, possuem sede nas seguintes cidades: Recife, Limoeiro, Palmares, Caruaru, Garanhuns, Arcoverde, Salgueiro, Petrolina, Ouricuri, Afogados da Ingazeira, Serra Talhada e Goiana. O município lócus da pesquisa, está localizado na primeira regional, cuja sede é Recife.

Figura 1- Mapa das gerências regionais de saúde de Pernambuco



Fonte: Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco

No que diz respeito à Reforma Psiquiátrica, este município conta com uma rede substitutiva composta por um Centro de Atenção Psicossocial (Caps) tipo II⁸, um Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas, além de três Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) tipo II. Os Caps funcionam como reguladores dos serviços de saúde mental no município e estão em constante diálogo e proximidade com os serviços da atenção básica em saúde. Os Serviços Residenciais Terapêuticos estão necessariamente referenciados ao Caps II do município, onde, em situações de crise, os moradores são cuidados.

O serviço responsável pelo cuidado à crise dos moradores dos SRT é o Caps II. A instituição se localiza a 700 metros da casa em que ocorreu o estudo. É um local movimentado e acessível, próximo à praia e à avenida. A rua do Caps tem, ainda, a característica de ser uma rua residencial e calma, sem trânsito.

O Serviço Residencial Terapêutico, foco de nosso estudo, é uma casa de esquina à avenida. À frente, temos um posto de gasolina e a poucos metros, na avenida, uma padaria, um mercado, uma parada de ônibus, além de lanchonetes, academias de ginástica, a praia. A rua, em si, possui diversas casas residenciais, é uma rua estreita, de tijolos. Não há muito trânsito

⁸ De acordo com a portaria ministerial 336 de 19 de fevereiro de 2002, os Centros de atenção Psicossocial são classificados da seguinte maneira: Caps I – serviço com capacidade operacional para municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes. CAPS II – Serviço com capacidade para municípios 70.000 e 200.000 habitantes. CAPS III – Serviços com capacidade para municípios com população acima de 200.000 habitantes. O CAPS tipo III possui o diferencial de ter acolhimento noturno. CAPS i – Serviço voltado ao atendimento de crianças e adolescentes para municípios acima de 200.000 habitantes ou outro parâmetro definido pelo gestor local. CAPS AD – para usuários com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Pode também se configurar em CAPS AD III.

de pessoas ou de veículos. A avenida cuja casa fica de esquina, ao contrário da rua, é bastante movimentada, tanto com relação a veículos como com pessoas transitando. O trânsito parece mais intenso no início da manhã e ao final da tarde. É facilmente observável a passagem de vans com homens ofertando o transporte, buzinas, pessoas conversando, crianças indo e vindo da escola. A parada de ônibus ao lado da casa, em especial, é bastante movimentada, seja por escolares, ou pessoas de um modo geral. Um dos moradores, inclusive, se apeetece em ir durante as tardes para a parada de ônibus observar os transeuntes e fumar seu fumo de rolo. É preciso destacar ainda a proximidade desta casa com as outras residências terapêuticas. Uma delas, inclusive, fica no mesmo bairro, sendo possível o acesso sem a necessidade de um transporte. A outra é um pouco mais distante, sendo necessária a locomoção via transporte.

O acesso à Residência em tela é facilitado por sua localização. Há ônibus que passam na esquina, além de a referida esquina ficar numa avenida bastante conhecida no município. Cheguei a ir apenas uma vez de ônibus e os moradores demonstraram certa preocupação com meu retorno. Sendo assim, um deles chegou a me acompanhar até a parada e a esperar comigo o ônibus. Disse que acontecem assaltos vez ou outra pela região. Algumas vezes cheguei à casa no horário das 14h às 14h30, quando os moradores estavam dormindo. Dessa forma, encontrei a casa toda fechada e cheguei a cogitar voltar na primeira vez que o fato sucedeu quando, após certa insistência, a cuidadora abriu a porta e me explicou. Fora esses horários, a casa sempre estava aberta e movimentada, exceto o portão da frente⁹.

Cabe ainda destacar aqui o momento político que o município estava vivendo. Havia funcionários contratados até metade do ano de 2018, em sua grande maioria, sem vínculos empregatícios estáveis, mesmo com muitos anos de trabalho no município. Em 2018 foi feito um concurso público, após determinação do Ministério Público Estadual, e, dessa forma, grande parte dos funcionários da rede foi substituída por novos funcionários do quadro concursado. A residência em questão teve todos os cuidadores substituídos e alguns estavam bastante recentes, em período ainda de adaptação.

Neste momento, inspirada por Figueiredo (2013), destaco a riqueza das sutilezas de uma pesquisa em um município de pequeno porte. Em um dos desenhos desta pesquisa foi-se cogitado fazê-la na capital pernambucana, porém, o consentimento foi negado. Embora Recife tenha como característica importante uma constância maior, desenvolver uma pesquisa de saúde mental, envolvendo residências terapêuticas em um município menor, cuja circulação das pessoas se dá de maneira mais espontânea, onde as conversas se dão “no porta a porta, no boca

⁹ Conseguia perceber a casa aberta quando olhava pelo buraco no portão de madeira em que deveria haver um olho mágico.

a boca, na conversa com os vizinhos, nas histórias de “conhecidos”, nos fuxicos, na aproximação entre as pessoas” (FIGUEIREDO, 2013, p. 57). Tais conversas, além da lógica de organização própria do município, foram observadas durante todo o desenvolvimento da pesquisa. Na realidade, durante sua idealização, mesmo. Tal forma de funcionamento propicia, ainda, vinculações específicas com o local.

3.8 O QUE É UM SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO (SRT)?

Serviços Residenciais Terapêuticos estão nomeados na portaria 3088/2011 como estratégia de desinstitucionalização. Foram instituídos pela portaria GM nº 106, de 11 de fevereiro de 2000. Essa portaria indica que os SRT são casas inseridas na comunidade que devem acolher pessoas egressas de longos períodos de internação em Hospitais Psiquiátricos e/ou Hospitais de Custódia. Além deste critério, os moradores devem ter perdido ou ter os vínculos familiares demasiado fragilizados. Ainda de acordo com a portaria supracitada, as casas são subdivididas em tipo I e tipo II. As casas do tipo I são destinadas a pessoas que ainda tenham certo grau de autonomia e, as do tipo II são para pessoas cujo adoecimento tenha chegado a tal nível de cronicidade que sejam necessários cuidados mais específicos. Cada casa deve conter no mínimo quatro moradores e no máximo oito. E a portaria segue estabelecendo normas específicas para o funcionamento das casas, dentre elas a disposição da quantidade de moradores por quarto, bem como os recursos materiais mínimos para a vivência em uma casa.

É necessário ainda que as casas estejam ligadas a um Centro de atenção Psicossocial (Caps), de modo que os cuidados assistenciais no que diz respeito à condição psíquica sejam mantidos. Apesar de casas, as residências necessitam ainda de uma equipe técnica com a ideia de fortalecimento do processo de desinstitucionalização e resgate ou construção da autonomia dos sujeitos. Cada casa, portanto, de acordo com a portaria, contará com, no mínimo dois cuidadores de nível médio, com formação específica, especialidade ou experiência na área de saúde mental, e um profissional de nível superior, o chamado técnico de referência (TR), que fica responsável pelo gerenciamento da casa e pela manutenção constante do paradigma da desinstitucionalização. A equipe do Caps ao qual a residência é vinculada, por sua vez, é ainda responsável pela supervisão constante do cuidado prático na casa.

3.8.1 Descrição do SRT em que ocorreu a pesquisa

A casa em que o estudo se deu é classificada como sendo do tipo II. É uma casa de proporções amplas, com grande quintal, com algumas plantações, um coqueiro, algumas roseiras, dentre outras que não consegui identificar o tipo. A residência, como disse anteriormente, está situada na esquina de uma avenida, com movimentação constante de pessoas e veículos. Por outro lado, a rua de frente é calma.

Ao chegarmos, a primeira coisa a se destacar é o muro alto, de concreto, e portão de madeira, o que torna a casa facilmente identificável, por ser o único portão de madeira da rua, além das cores do muro, verde, com o centro de concreto. A porta, em madeira antiga, possui um buraco, no qual deveria estar o olho mágico, e uma cigarra. Destaco o tal buraco, porque todas as vezes em que fui à residência, ele foi meu aliado para saber se havia gente na casa ou não. Ao transpor o referido portão, pisamos em um terreno de terra, com as plantas já citadas. O exterior da casa é pintado na cor amarela. A frente possui uma ampla varanda com cadeiras em madeira e cadeiras plásticas, dispostas aleatoriamente, além de pequenos bancos em madeira. A varanda é o local em que ficam a comida e a água da cadela adotada pelos moradores.

Para entrar na casa, temos duas possibilidades: a entrada da frente nos permite chegar à sala, e a de trás à cozinha. O interior da casa é pintado na cor verde-água, sendo que a sala, especificamente, possui três paredes verdes e uma texturizada em amarelo, na qual fica um quadro com os afazeres dos moradores, datas de aniversário e outros recados importantes à equipe de cuidadores. A sala é grande. De frente para a porta de entrada há uma mesa retangular em madeira, com seis cadeiras. Em cima da mesa, há um livro no qual os cuidadores devem anotar as informações importantes para serem ditas no repasse de plantão. À frente da mesa, um sofá marrom, bastante avariado pelo uso, com um buraco e espumas aparecendo; uma televisão e um ventilador. Atrás da mesa, uma cama de solteiro, que serve para descanso dos cuidadores. Ao lado da cama, fica uma maca que, atualmente, serve para um morador que está acamado e precisa de cuidados constantes e mais delicados. Entre a cama e a maca está um armário, que está sempre trancado, com duas caixas organizadoras na parte de cima. As caixas continham seringas e materiais para curativos. Pouquíssimas vezes observei os moradores neste ambiente. O horário em que mais assistem televisão é pela manhã e, no mais, ocupam a sala muito mais como ambiente de passagem e de refeições. Quem de fato ocupa este ambiente são os cuidadores.

Saindo da sala pela direita, há um corredor que dá acesso à cozinha, ao banheiro e aos três quartos da casa. Começamos pelos quartos. Os quartos são pintados do mesmo verde-água que o restante da casa. O primeiro quarto é composto por duas camas de solteiro, em madeira, uma cômoda grande em madeira e um guarda-roupas. Em cima da cômoda há uma televisão que não funciona e, de frente para as camas, um ventilador. Dois moradores dormem neste recinto. Saindo do quarto e seguindo em frente pelo corredor chegamos à segunda habitação. O referido cômodo tem exatamente a mesma forma que o primeiro, porém sem guarda-roupas ou cômoda¹⁰. Apenas três camas de solteiro de madeira e dois ventiladores. Neste local dormem três moradores. O terceiro quarto também é igual em tamanho e nas cores, e também tem três camas do mesmo modelo e tamanho que as dos outros quartos¹¹.

Em frente ao segundo quarto, ainda no corredor, há o banheiro dos moradores. É um cômodo grande, porém em condições bastante avariadas, quiçá, mesmo, insalubres. O banheiro encontra-se frequentemente com bastante água pelo chão e mofo nas paredes. Ao indagar o motivo de ser assim, foi passado que é desde sempre, porque o dono¹² da casa não permite uma reforma. Possui um chuveiro com as tubulações à mostra, um vaso sanitário sem a tampa e uma pia de cerâmica.

Saindo do banheiro e seguindo novamente pelo corredor, ao lado direito, há a entrada para a cozinha. Este cômodo é bastante amplo e ventilado. Paredes de cor verde-água como o restante da casa, cerâmicas brancas. É preciso destacar que este é o único cômodo da casa que possui cerâmica, todo o restante do piso é de cimento. Há na cozinha uma pia, em inox. Em cima da pia há um escurridor de pratos, também em inox e, mais acima os armários, também em aço, onde são guardados panelas e os mantimentos. Os armários estão dispostos em duas das paredes. Na parede em frente à pia há um fogão de quatro bocas. Em uma das visitas cheguei a ver dois ratos pequenos correndo pela cozinha. Indaguei em alguns momentos às cuidadoras quem era responsável pelo preparo da comida. Esta é uma pergunta bastante relevante, considerando que em diversas casas não há o incentivo para que os próprios moradores cozinhem. Nesta casa não é diferente. A cuidadora explicou que, embora sejam chamados a cozinhar, a maior parte dos moradores se abstém do ato, só indo vez ou outra e, ainda assim, apenas um deles.

¹⁰ Posteriormente um dos moradores informou que a cômoda do primeiro quarto é usada para guardar os pertences de todos os residentes.

¹¹ No início da coleta dormiam neste dormitório apenas 2 moradores. O terceiro havia falecido há pouco tempo. Ao final do estudo, chegou um novo morador para a residência e passou a também dividir o quarto com os outros dois.

¹² Cabe destacar que a casa é alugada e que há 1 ano, quando visitava enquanto residente, o banheiro era da mesma forma.

Ao sair da cozinha, temos a parte de trás da casa, que basicamente é composta por uma área de serviço, na qual os moradores lavam as roupas. Há ainda a habitação reservada aos cuidadores. Um quarto pequeno, sem ventilação, e cuja saída é uma única porta em madeira, no qual os cuidadores devem guardar seus pertences. Ao lado deste quarto há um pequeno banheiro também destinado para uso dos cuidadores. O banheiro possui vaso sanitário, pia e chuveiro e está em melhores condições de uso do que o dos moradores. Ao perguntar a uma das cuidadoras o motivo de os moradores não usarem aquele banheiro, já que estaria em melhores condições, a mesma me disse que é porque os cuidadores precisam um banheiro para si e também porque o outro banheiro é mais próximo dos quartos.

Mais atrás, há um pequeno terraço arejado, com um colchão no chão. Um dos moradores frequentemente descansa lá, onde aproveita para suas cantorias particulares.

No tempo em que passei na casa, procurei observar se havia espaços nos quais os moradores não poderiam circular, o que de fato foi observado. Embora o quarto e o banheiro dos funcionários sejam abertos, há uma espécie de regra velada a qual os moradores obedecem de não entrar nesses locais. Fora isso, há alguns objetos aos quais não têm acesso, por exemplo, o armário em madeira, que fica na sala, que sempre está trancado. Além dele, as duas caixas organizadoras que estão sobre o armário, contendo medicamentos e seringas, também possuem uma espécie de restrição velada. Posteriormente, também descobri que nesse armário são guardados itens de limpeza, além de dinheiro emergencial, e que ele é manuseado por uma cuidadora de confiança da técnica de referência. Isto posto, por já ter havido situações em que alguns itens foram subtraídos da casa por pessoas do corpo técnico.

No que tange à equipe técnica, é formada por uma técnica de referência, que atualmente também ocupa a função de coordenadora municipal de saúde mental, duas cuidadoras que se revezam entre os plantões de doze horas por dia, duas técnicas de enfermagem, cada uma fazendo dupla com uma cuidadora, e dois cuidadores noturnos, um homem e uma mulher. Com a equipe noturna não cheguei a ter contato. Como dito anteriormente, exceto pela técnica de referência, toda a equipe é nova, oriunda do concurso público realizado em 2018 e ainda, até, em fase de adaptação (ao serviço e aos moradores) e de compreensão do que é e de como funciona um SRT. Cabe destacar aqui, ainda, a forte vinculação observada dos moradores com a equipe anterior, que será explorada mais adiante, além da vinculação com a técnica de referência. Em diversos momentos aparecem discursos que remetem a uma possível desorganização frente a essa nova configuração da equipe e da ameaça de perder a técnica, que os acompanha há três anos.

Sublinhamos ainda o papel desta TR na casa. Essa residência, em específico, é conhecida pelos serviços de saúde mental do município, por ter sido a pior casa do município. Os moradores, todos homens, com idades bastante diferenciadas, possuem particularidades específicas que ninguém, até então, havia conseguido manejar. A equipe anterior, com quem tive contato nessas conversas de porta em porta e de boca a boca, que Figueiredo pontuou, falou dessa dificuldade em manejar o cuidado com os moradores, além das relações interpessoais entre a própria equipe. A referida técnica contou que costumava fazer reuniões constantes nas quais os nós podiam ser diluídos. Atualmente, acumulando duas funções, a TR fala de uma dificuldade maior em acompanhar mais de perto o cuidado na casa, o que, como veremos, foi mais uma mudança importante para o contexto da casa.

Cheguei a ir uma única vez ao Caps II, com o objetivo de construir melhor a história de vida dos moradores, já que pouco conseguia deles e da TR. No Caps, os funcionários falaram da dificuldade com esses moradores, em específico um deles, Bento, cujas questões, percebemos, parecem estar muito ligadas à sexualidade.

Cabe ainda destacar que a casa possui oito anos de existência e seus primeiros moradores foram ex-internos do Hospital Psiquiátrico Alberto Maia, localizado no município de Camaragibe, que foi fechado em 2010.

3.9 OS SUJEITOS

Este estudo é composto por observação participante e conversas no cotidiano. Dessa forma, embora o foco das observações e das conversas tenha sido os moradores, sua relação com a casa e com a comunidade, participaram da pesquisa todas as pessoas que, de alguma forma, circulavam pela casa. Desde os próprios moradores, aos cuidadores, bem como a técnica de referência. O contato ocorreu por intermédio da Técnica de Referência, que atualmente também é coordenadora de saúde mental do município, com a qual eu mantinha um vínculo desde a época de residente. O primeiro contato se deu via telefone, antes mesmo de o projeto ser submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco (CEP – UFPE). Liguei, explicando que o estudo estava ligado ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da UFPE, na modalidade de mestrado. Já de início a Técnica concordou, mas disse que teria que conversar com os moradores, o que foi feito. Para esta etapa, conta ela que evocou as memórias dos mesmos sobre minha passagem lá há 2 anos. Lembro aqui do que trazem Cardona, Cordeiro e Brasilino (2014) sobre a gama de negociações que envolvem uma pesquisa. A interlocutora-chave de que falam as autoras, foi, neste caso, a técnica de referência.

A partir da confirmação, o projeto foi submetido ao CEP e, somente com a aprovação, a coleta teve início.

O critério para escolha do local, foi, em primeiro lugar, o vínculo anteriormente formado com os moradores e com a técnica de referência, que propiciou um acesso privilegiado à casa, o que, possivelmente, em outros locais não seria possível. Novamente, recorrendo a Cardona, Cordeiro e Brasilino (2014), lembro que minha inserção no cotidiano dessas pessoas agora se deu em outro momento e a partir de outro lugar, o de pesquisadora, embora o meu lugar de psicóloga fosse evocado com frequência pelos sujeitos, o que exigiu de minha parte reflexões constantes sobre minha interação com os moradores, o conjunto de cuidadores e cuidadoras e a Técnica de referência.

Mas, além da vinculação preexistente, essa casa, especificamente, foi escolhida para o local da pesquisa por ser uma casa masculina e cujos moradores se enquadram nos caracteres de inclusão de uma residência do tipo II, ou seja, cuja cronicidade do transtorno é tal, que é necessário um cuidado mais específico. Considerando este fator, é ainda necessário agenciar o cuidado com a produção de autonomia, o que exige da equipe técnica um conhecimento e uma disponibilidade essenciais ao processo de desfamiliarização proposto por Spink e Frezza (2013).

A pesquisa foi realizada no cotidiano dos moradores. Após cada visita, as conversas e as observações eram anotadas em diário de campo, para serem posteriormente analisadas. Pesquisar no cotidiano significa, como pontuam Spink e Spink (2017), a inserção da pesquisadora no território de vivência, ou seja, estar presente no espaço relacional das interações e na vida das pessoas.

Destacamos ainda que este estudo está de acordo com as questões éticas contidas com a resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, que orienta o desenvolvimento de pesquisas, e contamos também com o consentimento livre e esclarecido dos participantes¹³. Pontuamos também que, considerando a particularidade desta pesquisa¹⁴, antes de todas as visitas os participantes eram acionados por meio da técnica de referência e das cuidadoras para saber se poderíamos ir à residência. Para que fosse possível a realização do estudo, contamos com a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco¹⁵. Além de tudo isso, será feita uma devolutiva dos resultados da pesquisa através de uma cópia a ser entregue tanto à coordenação municipal de saúde mental, como também estamos disponíveis

¹³ Ver documento no apêndice A.

¹⁴ O fato de ser realizada na casa dos sujeitos.

¹⁵ Ver anexo A.

para a realização de uma roda de conversa com os moradores e a equipe técnica responsável pela casa.

Com relação aos sujeitos de pesquisa especificamente, serão descritos com o uso de nomes fictícios para preservar a identidade. Uma dificuldade da pesquisa, inclusive, foi remontar as histórias dos moradores. Aqueles com maiores dificuldades em aprofundar o discurso não conseguiam rememorar ou mesmo falar sobre alguns fatos importantes, como, por exemplo, o tempo de internação e há quanto tempo estavam na casa, tampouco a técnica sabia informar, uma vez que, pelo menos 6 dos 8 prontuários, nos quais havia todo o relato de acompanhamento dos moradores, haviam desaparecido. Precisei contar com a memória da técnica de referência e, mais especificamente, com a memória de Bento¹⁶, o morador mais antigo.

▪ Bento:

Bento é um sujeito alto, de 38 anos, pardo, aparenta estar acima do peso, se comunica com facilidade, olhos castanhos escuros, cabelos da mesma cor e curtos. Teve diversas internações psiquiátricas, a maioria delas no Hospital Ulysses Pernambucano (HUP), conhecido como Hospital da Tamarineira. Contou que chegou mesmo a passar 3 anos internado, dos 24 aos 27 anos, quando foi para o SRT. Foi internado quando, durante uma crise psicótica, esfaqueou uma vizinha. É o primeiro morador da casa, e, embora seja mais antigo em tempo de moradia, é também o mais novo em idade, motivo pelo qual tem necessidades bastante diferentes dos demais, por ser um homem com um grau de independência maior que a dos demais.

Bento há alguns anos era tido como um problema para a dinâmica da casa. Além de conviver com transtorno mental, era usuário de drogas, álcool, mais especificamente. Por conhecer bastante o município, uma vez que cresceu nele, Bento costumava sair da casa sem rumo e retornar com produtos que, segundo ele, eram furtados, o que lhe causou, e também aos outros moradores e à equipe técnica, uma série de prejuízos, por exemplo, ameaças constantes da comunidade. É fala da TR as vezes que pessoas da comunidade chegavam a ir até a casa, de forma bastante rude, para tentar agredir Bento. Fora a questão dos furtos, Bento costumava assediar mulheres, conforme a TR e as cuidadoras relataram.

¹⁶ Todos os nomes utilizados aqui são fictícios, para proteção da identidade dos moradores.

O relato sobre a necessidade de vivência do ato sexual é constante em Bento. De acordo com a TR, foram feitas, inclusive, diversas tentativas para que ele conhecesse mulheres de outras Residências Terapêuticas, que se aproximasse, ou mesmo convidasse para um passeio. Atualmente, Bento costuma pedir aos cuidadores que o levem a uma casa de massagem localizada na Praça do Diário, em Recife, para ter relações sexuais.

Bento me chamou atenção, por ser a figura mais falante do grupo. Era sempre ele quem se colocava a me contar as novidades, os pormenores das relações entre os outros moradores e mesmo as pequenas fofocas. Além de ser também a memória viva do SRT. Bento contava as histórias de cada morador, as relações interpessoais, as crises, os costumes e características peculiares a cada um. É um sujeito que, ao mesmo tempo em que informa, inquire. Perguntou-me algumas vezes se eu era casada e informações outras de minha vida pessoal. Nesses momentos, precisei ter certo jogo de cintura, considerando o incômodo que as perguntas me causavam.¹⁷

Assim que cheguei à casa para me apresentar, foi Bento quem me recebeu e imediatamente evocou memórias de tempos passados, quando eu visitava a casa como psicóloga residente. Foi o primeiro a consentir que a pesquisa fosse feita ali e também, parece-me, foi sua iniciativa que convenceu os demais. Sempre que eu chegava para as visitas, era ele que me recebia com o entusiasmo de sempre, parecendo ansioso por minha chegada, para me perguntar e também para me informar.

▪ Saulo:

Saulo tem 48 anos. É um sujeito alto, visivelmente acima do peso, negro, parte dos cabelos está branca e de comprimento um pouco maior, barba grande. Saulo está sempre sem camisa. Vestido apenas com uma peça de roupa, uma bermuda, na maioria das vezes, azul. Sandálias nos pés e com odor forte. É descrito pela equipe como sendo “o preguiçoso” do grupo. Recusa-se a se envolver nas tarefas domésticas e, quando o faz, diz que é para se distrair. Chama a todas as mulheres de bebê ou de mãe e se coloca como protetor. Falava sobre o perigo de eu estar indo sozinha para aquele bairro e, na única vez em que fui de ônibus para a casa, levou-me até a parada e só saiu quando entrei no veículo.

Saulo se diz evangélico. Tem dois irmãos que lhe dão 100,00 (cem reais) por mês. Por vezes, Saulo vai para a igreja e dá metade do dinheiro como oferta. A outra metade usa para

¹⁷ Essa questão será mais bem trabalhada na análise.

comprar lanches. Presenciei uma cena na qual Saulo se recusava a cortar o cabelo e a cuidadora disse que só daria o dinheiro, caso ele cortasse o cabelo e tomasse banho. Mas este é um assunto para mais adiante.

Saulo é bastante risonho e brincalhão, na maior parte das vezes. Somente em uma de minhas visitas vi Saulo mais quieto, mas, ainda assim, ouvia música em seu descanso habitual, na parte de trás da casa. Os moradores demonstram uma espécie de respeito especial por ele, sempre que fala, param para escutar seus conselhos. Bento diz que é porque Saulo é o mais forte e, nas brigas com agressões físicas, é quem entra para apartar.

A TR contou que Saulo costuma acumular objetos diversos, o que se acentua quando está em crise. Que durante suas crises, antes de ir para a residência, morava com o irmão, numa casa com bastante lixo e sempre juntando mais. O principal desejo de Saulo era ter sua casa.

▪ Josuel:

Josuel já é idoso. Ninguém sabe precisar exatamente sua idade e, como está acamado, sempre inconsciente, não pôde me dizer, nem mesmo Bento, meu informante, sabia. Tudo o que sei sobre a história de Josuel é por outros interlocutores.

É Josuel quem fica na maca que há na sala. Para reclamar de algo, grita de forma estridente e só interrompe os gritos quando lhe dão o que quer, isso inclui mudar a posição da maca, por exemplo.

Josuel veio do Hospital Psiquiátrico Alberto Maia, que ficava em Camaragibe. A TR contou que soube por uma antiga cuidadora que, quando Josuel chegou à casa, sequer aceitava o uso de sandálias de borracha. Relata que ele gritava e atirava o acessório longe. Teve um derrame em 2018, que lhe deixou graves sequelas. Atualmente é cuidado pela equipe e pelos outros moradores.

▪ Fernando:

Fernando é idoso, cabelos brancos, magro, alto e um pouco reservado. Pouco interagiu verbalmente comigo. Somente me cumprimentava por gestos com a cabeça ou com as mãos. Sua função principal na casa era comprar pão, às tardes. Descobri posteriormente que comprar pão implicava também tomar o café grátis da padaria.

Fernando circulava pela casa sempre mais próximo a Saulo, inclusive era a Saulo que chamava como companhia para comprar o pão e tomar o café. Bento me disse em uma das

visitas que Fernando era o que ele chamava de territorialista, por não gostar de gente nova em seu espaço, o que causou algumas contendas com um morador recém-chegado.

Quando cheguei à casa para as primeiras visitas, soube que Fernando dividia o último quarto do corredor com Saulo, embora tivessem 3 camas no quarto. Posteriormente, passou a dividir também com Élio, o que, de acordo com Bento, aborrecia a Fernando e fazia com que tratasse mal a Élio. Não cheguei a presenciar nada que denunciasse uma agressividade de Fernando com Élio, porém, as cuidadoras relataram algumas situações e eu percebia certa indiferença.

▪ Gerson:

Gerson é um homem na meia idade, magro, estatura mediana, poucos cabelos brancos, bastantes rugas no rosto, um sorriso largo e alguns dentes faltando. Usava sempre bermuda e camiseta regata, além de sandálias nos pés.

Gerson era o responsável pela limpeza da casa, gostava, especialmente, de varrer a parte da frente. Quando não estava fazendo isso, cuidava da cadela da casa, Madonna, ou brincava com a mesma.

Gerson estava constantemente sorrindo. A primeira vez que cheguei, Gerson ficou na sala, de cócoras, e olhando para cima, com um sorriso de lábios fechados. Posteriormente, foi se aproximando cada vez mais, até que um dia cheguei, e Gerson estava andando de um lado para o outro, balançando as mãos e entrelaçando os dedos, falando que queria ir para casa e que sentia falta de sua família. Bento me disse, num momento posterior, que Gerson, na realidade, estava com saudades dos irmãos, que há anos não o visitam na residência. Gerson, nesse dia, apenas olhava fixo para Bento e repetia que queria ir para casa, com lágrimas nos olhos.

Frequentemente, também repetia que estava melhor. Tentei sondar a que se referia, mas ninguém soube dizer se Gerson esteve doente. Nem mesmo ele.

▪ Geraldo:

Geraldo também é idoso, já possui alguma dificuldade de locomoção, sendo necessário um andador para que circule pela casa. É obeso, anda sempre apenas de bermuda e sandálias de couro. É tido como o morador mais ranzinza, pelos próprios moradores e pela equipe técnica. Tem uma ferida na perna que nunca cicatrizou. Lembro-me desta ferida da época de residência.

É que Geraldo é diabético. Constantemente, está enrolando fumo de rolo ou mesmo fumando na varanda.

Quando cheguei, Geraldo apresentou alguma resistência a minha presença. Resmungava, torcia os lábios quando chegava perto, foi consentindo minha presença aos poucos. Senti que finalmente me aceitava no ambiente, quando, no terceiro encontro, a técnica de enfermagem foi limpar seu ferimento e ele insistentemente chamou-me para ver. Neguei dizendo que não gostava de ver feridas. Geraldo me chamou de “frouxa” e caiu na risada. A cuidadora disse que ele havia gostado de mim e que só chamava as pessoas para verem sua ferida quando confiava nelas.

Geraldo é bastante próximo de Saulo. Os dois fumam juntos e conversam diariamente, sempre no horário entre 16h e 16h30.

▪ Júlio:

Júlio, também idoso, magro, alto e sorridente, cabelos brancos. Foi o primeiro que me recebeu na casa. A primeira frase que me disse foi: “Júlio tá de alta”. Cheguei a perguntar de onde ele havia tido alta, porém, não soube dizer. Limitava-se a falar que estava de alta. As cuidadoras tampouco sabiam. Disseram que, se ele esteve hospitalizado, foi há muito tempo. A técnica, posteriormente, me passou que Júlio nunca esteve hospitalizado no período em que está na residência e que, possivelmente, estava se referindo ao Hospital Psiquiátrico.

Júlio insistiu para me mostrar a casa junto com Bento, ainda que pouco falasse, seguia e apontava os cômodos sorrindo. Como elemento exótico que eu era, ficou me rodeando durante os primeiros dias, enquanto eu estava na sala, sentava-se ao meu lado para assistir televisão, e quando emendava alguma conversa comigo, falava coisas que eu não conseguia decifrar. Mas falava. Segundo as cuidadoras, Júlio estava contando histórias.

▪ Élio:

Élio é o novo morador da casa. Chegou dia 12 de junho, como gosta de frisar. Chegou sem ser anunciado. Os moradores não sabiam de sua vinda. A maioria, como veremos, o recebeu bem, mas nem todos gostaram de sua presença na casa, no entanto. É idoso e sempre fala de forma pausada e sem pressa. É de estatura mediana, usa um bigode, cabelos brancos, lisos, estava sempre de camisa de manga três quartos, bermuda, um relógio dourado no pulso

que, disse, foi sua filha quem lhe deu, no dia em que teve alta do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.

A história de Élio tem a particularidade de vir de um hospital no qual estão internados usuários que cometeram algum tipo de delito e que, por ter sido em situação de crise, são levados para lá.

Élio conta de forma emocionada sobre os anos de hospital, descreve a cama de cimento em que dormia, os acordos que precisava fazer com os carcereiros. Tudo isso por meio do relógio que faz questão de olhar e de alisar vez ou outra. Disse que lá (no hospital) “não tinha horas” e que para saber sobre a passagem do tempo era preciso perguntar à equipe técnica, “às vezes eles diziam, às vezes, não”. A escolha da ida de Élio para essa casa em específico não foi aleatória. Bento o conhece desde criança. Inclusive, foi nas conversas entre os dois que consegui entender a história desse senhor.

As conversas entre Élio e Bento avançavam no tempo passado e voltavam para o presente, quase como se estivessem tentando reconstruir suas trajetórias de vida. Bento relembra o dia em que Élio foi levado pela polícia, quando, em uma crise, esmurrou o portão de casa e ameaçou bater na esposa. Élio, por sua vez, dizia para Bento, com os olhos marejados, que isso era passado. Falava ainda da reconstrução do vínculo com sua filha, o que parecia ser presentificado pelo relógio. Mas o desejo de Élio mesmo era rever a ex-esposa. Disse que a estava esperando a qualquer momento. Bento perguntava se ele tinha esperança de ela ir, diante de tudo o que ocorreu e ele dizia que sim. As cuidadoras diziam que talvez fosse possível.

A chegada de Élio mudou a dinâmica da casa. Os moradores, que já estavam habituados a ser apenas 7, voltaram a ser 8 novamente¹⁸. Élio passou, então, a dormir no quarto com Fernando e Saulo. Fernando não gostou nada da ideia. Bento foi quem expôs a situação. Disse que Élio estava sendo excluído por Fernando, que, por sua vez, estava sendo grosseiro com o novo integrante da casa. Élio dizia não se importar. Sua frase recorrente era: “já passei pior, hoje em dia tô em casa”. De fato, não consegui ver interação entre Élio e Fernando, os dois pareciam se evitar.

¹⁸ Um dos moradores, a quem chamaremos de Marcelo, faleceu pouco tempo antes da nossa chegada.

4 ANÁLISE: OS PARADOXOS DE UMA CASA-SERVIÇO

Era uma casa muito engraçada. Não tinha teto, não tinha nada. Ninguém podia entrar nela, não. Porque na casa não tinha chão. Ninguém podia dormir na rede porque na casa não tinha parede. Ninguém podia fazer pipi porque penico não tinha ali. Mas era feita com muito esmero na Rua dos Bobos, número zero.

(Vinícius de Moraes, 1980)

Este capítulo tem como objetivo analisar, sob a ótica das Práticas Discursivas e Produção de Sentidos, o material contido no diário de campo construído durante a pesquisa. Para tanto, algumas categorias temáticas foram selecionadas, para identificarmos os repertórios interpretativos em volta das mesmas. Vejamos.

4.1 DAS MÚLTIPLAS POSIÇÕES ASSUMIDAS EM CAMPO

O trajeto de pesquisa sempre é marcado por nosso conhecimento anterior sobre o campo-tema, o que construímos durante a pesquisa e as análises e construções que fazemos sobre os dados, conforme Dias (2017). Uma postura reflexiva sobre quem somos, como somos e como nossa subjetividade interage com o campo-tema pode nos servir como uma espécie de luz no emaranhado de sentimentos que surgem durante a pesquisa, euforia, ansiedade, angústia, frustração. Embora sentimentos controversos, todos parecem emergir no desenrolar de uma pesquisa de campo.

Houve, durante a pesquisa, algumas negociações necessárias que se impuseram a serem feitas. A primeira delas foi lidar com as fantasias dos moradores dirigidas a mim enquanto mulher, por meio de gestos, diálogos, temas de conversa. Seguindo por suas fantasias em torno do lugar que já havia ocupado antes – enquanto psicóloga e substituta da técnica de referência – e do lugar que hoje eu ocupava – pesquisadora.

Mas vamos à primeira série de negociações envolvendo as relações de gênero. Já antes de iniciar a pesquisa, nas discussões iniciais, recebi espécies de alertas de minha orientadora sobre minha posição e minha identidade enquanto mulher, pesquisando numa casa em que moram oito homens. Assim como Machado (2017) conta em seu relato de pesquisa com homens, ser mulher, tendo como sujeitos de pesquisa homens, não foi algo que passou despercebido durante o trabalho de campo. Foi algo que exigiu certo jogo de cintura que mesclou as investidas dos sujeitos por meio de gestos ou conversas e meus próprios receios de

como colocar certos limites sem quebrar o vínculo que havia se estabelecido para a pesquisa. Afinal de contas, além de tudo, a pesquisa se desenrolava não em qualquer local, mas na casa dessas pessoas. Ali eu era a estranha, que embora conhecida de outra época, hoje não passava de uma estranha que frequentava a casa deles e que precisava de algo deles.

A análise sobre a sexualidade dos moradores, por exemplo, só pôde ser feita à medida que ia refletindo sobre meu desconforto com o campo. Eu também me valia dessa sexualidade institucionalizada. Meu primeiro estranhamento se deu a partir do seguinte momento:

Saulo é o morador que mais me chamou a atenção hoje. É um sujeito forte, acima do peso, barba cheia e cabelo grande, negro e com uns colares pendurados. Apesar de saber meu nome, intercalava a forma como se referia a mim entre “bebê” e “mãe”. No começo, apenas achei estranho, mas, mais tarde, passei a me incomodar quando Saulo me perguntava se eu era noiva e dizia que caso não fosse, iria se casar comigo. Falava isso sempre brincando com a barba, olhando para mim de cima para baixo e me direcionando um sorriso de lábios entreabertos. Senti-me preocupada por estar numa casa apenas com homens e cujas únicas mulheres eram as duas cuidadoras.

Diário de campo – 04 de junho de 2019

Fazer uma pesquisa de inspiração etnográfica como única metodologia de investigação não é à toa. Machado (2017) nos fala que a pesquisa etnográfica, ou no nosso caso, de inspiração, etnográfica, depende de uma série de fatores, dentre eles, a história pessoal e a singularidade de quem a desenvolve. Já sabemos que a subjetividade se constrói no contato e no convívio com outros seres humanos e com os lugares simbólicos que nos são atribuídos, e, dessa forma, podemos dizer que as expressões e as vivências de sentimento numa pesquisa como a nossa se fazem de maneira coletiva e a partir do coletivo, embora também singularizadas.

Nesse caso, especificamente, ser mulher pesquisando homens me permitiu ter acesso a partes de suas identidades masculinas que só poderiam ser expostas no contato direto com uma mulher. E revelaram relações de poder existentes também em decorrência das relações de gênero. Embora as cuidadoras, por exemplo, muitas vezes estivessem em posição de poder pelo cargo que ocupam, continuam sendo mulheres e, como mulheres precisavam exercer tarefas atribuídas socialmente a mulheres. As tarefas da casa, por exemplo, como cozinhar, lavar e fazer faxina, são atribuídas às cuidadoras. Tais negociações fazem parte de uma complexa rede de discursos que são repetidos continuamente.

Mas isso nos leva à outra questão. O grande objetivo de um Serviço Residencial Terapêutico é a Reabilitação Psicossocial. Saraceno (2001) define esse conceito como sendo novas possibilidades de espaços de negociação para o sujeito, sua família e as pessoas com quem convive. Diz ainda Saraceno que a dinâmica dessas negociações nunca se deve dar por

finalizada, uma vez que os jogos de poderes são muitos. Assim sendo, é fácil chegarmos à conclusão de que também as relações de gênero nesta casa precisam ser desinstitucionalizadas. A abertura desse espaço de negociação pode propiciar, inclusive, uma maior apropriação do espaço da casa e da forma como se pode gerir os recursos internos, como comida, produtos de limpeza, etc., bem como deve refletir nas relações de gênero com a comunidade.

A forma como Saulo se dirigia a mim me causava desconforto por perceber a reprodução das relações de gênero naquele espaço. E, com certeza, por perceber a reprodução de meu dia a dia como pessoa vulnerável diante de homens. É claro que não tive colegas homens com quem pudesse discutir as informações, mas, assim como Machado (2017), tenho a forte sensação de que essa questão específica só emergiu dessa forma por eu ser mulher.

Dentre os elementos necessários para a nossa discussão, cabe dizer que aqueles em quem mais forte se expressaram comportamentos que denotavam fantasias sexuais em relação a mim foram os mais jovens, Saulo e Bento. Bento, inclusive, assumia uma postura bastante sedutora, à sua maneira. Era quem se colocava como meu interlocutor privilegiado, quem me levava a ter acesso à casa e aos outros moradores. Era a partir da minha relação com ele, inclusive, e do fato de ele demonstrar estar à vontade conversando comigo, que os outros chegavam e me aceitavam em seus círculos de conversa. As cuidadoras pareciam já antever essa dinâmica de Bento e a seguinte situação se deu no primeiro dia de observação:

Pedi para ir ao banheiro e Bento ficou me esperando do lado de fora da porta. Foi quando ouvi uma das cuidadoras pedindo que ele me esperasse na cozinha e dizendo que não era legal ficar do lado de fora da porta do banheiro de uma mulher.

(Comentários da Observadora: Novamente me veio à mente que estava numa casa cujos moradores eram homens. Lembrei que a casa era constituída por regras de convivência e que as regras eram também orientadas pelas cuidadoras).

Diário de campo – 04 de junho de 2019

O banheiro ao qual me referi ficava na parte de trás da casa, um tanto afastado das vistas dos outros moradores e das cuidadoras. Era, inclusive, o banheiro voltado ao uso da equipe técnica. Naquele momento, além de o espaço ser restrito por não ser de uso dos moradores¹⁹, ficou ainda mais restrito momentaneamente como sendo um espaço reservado a uma mulher e que homens não deveriam frequentar. É necessário aqui destacar que tal acontecimento guiou os próximos rumos da pesquisa. Assumi o posicionamento de que as interações com os moradores não deveriam ocorrer em qualquer espaço da casa. Havia espaços

¹⁹ Ver tópico “Os sentidos de casa para os moradores”.

que pareciam ser mais privativos que outros, por exemplo, os quartos ou mesmo a parte de trás da casa. Entendi que estabelecer interações nestes espaços poderia sugerir aos moradores a criação de laços afetivos e me colocar em outro lugar que não o de pesquisadora. As interações passaram a se dar na sala e na varanda, onde também eram os locais que a maioria dos moradores ficava a maior parte do tempo.

Houve outro momento envolvendo mais uma vez Saulo, em que ele se refere a mim com dois repertórios interpretativos: “bebê” e “mãe”.

Saulo: - Mãe, tu é casada ou é noiva?

Isabelle: Por que a pergunta, Saulo?

Saulo: - Se tu fosse solteira tu ia ficar comigo. Eu ia te dar o céu, o mar, um carro...

Bento: - Tu não tem nem pra tu mesmo, imagina pra ela.

Saulo: - Mas é assim mesmo, não é, mãe?! O que é meu é seu. Você veio de carro? Mais tarde a gente pode dar uma volta.

Isabelle: - Só se for a pé e com os outros. Vim aqui por todo mundo, Saulo.

Diário de campo – 09 de julho de 2019

Destaco que na época em que estive na casa enquanto psicóloga residente era Saulo quem me levava até a parada de ônibus e esperava o ônibus comigo. Durante as conversas de agora, lembrava-me desses momentos passados e não conseguia ver neles nenhum vestígio de uma tentativa de sedução, como via agora. Penso que talvez pelo lugar que eu ocupava na época, como “substituta da técnica de referência”. C. é a pessoa com quem eles mantêm um vínculo afetivo bastante fortalecido. Saulo também se refere a ela como “bebê”, mas dá outra entonação. Sempre que fala de C., refere como se a colocasse no lugar de alguém com quem pode desabafar e que lhe orienta. Tal sensação é também sentida por C., que em diversos momentos de nossas conversas destacou a forma peculiar como Saulo a chama, sempre dando ênfase ao afeto e ao respeito que o morador tem por ela.

Ainda sobre tal aspecto, houve momentos em que me questionei se meus receios tinham fundamentos ou se partiam de velhos preconceitos arraigados contra homens ditos loucos. Cheguei a enfrentar uma espécie de angústia que, mesmo, me paralisou por um tempo e que só me permitiu retornar à casa algum tempo depois. Até onde eu não estaria reproduzindo a concepção de corpo do louco como corpo animalizado? Machado (2015) traz uma problematização importante ao falar sobre o que chama de fábrica da loucura e como o sujeito fica marcado a partir desse lugar. A autora pontua ainda que existe uma suposta superação de rótulos no que tange aos sujeitos da loucura, assim, hoje, embora esses moradores já não sejam

internos de um hospital psiquiátrico, ainda não se desvencilharam do rótulo de alienados e perigosos.

A superação da crise só se deu a partir da compreensão de que meus receios tinham fundamento na conjuntura social em que vivemos. É só pensarmos que nos subjetivamos a partir de dispositivos, conforme Foucault (1996), ou seja, a partir dessas tecnologias explícitas ou não que nos dizem como devemos ser, agir e até pensar. As tecnologias de gênero são, nesse sentido, importantes enquanto um fator que constitui os dispositivos e que, portanto, se fazem enquanto um agente de destaque no processo de subjetivação (ZANELLO, 2018). A partir de então passei a me questionar que performances de gênero estavam aparecendo na minha relação com os moradores e na deles comigo, entendendo que o contexto das relações faz parte do tornar-se pessoa e, como nos diz Zanello (2018), em uma cultura fundamentalmente sexista, tornar-se pessoa implica em tornar-se homem ou mulher, sendo necessárias certas performances específicas.

Como dissemos anteriormente, as masculinidades se constroem de forma interacional, na relação dos homens entre si e com as mulheres. Um dos fatores primordiais no jogo de relações entre homens é a necessidade de provar sua masculinidade perante eles próprios. De acordo com Zanello (2018), quem avalia e legitima o ser homem são os próprios homens e nunca se chega a uma prova suficiente dessa masculinidade, pois os atores estão sempre sendo convocados a performá-la, seja pela via da antifeminilidade, ou seja, diferenciando-se de uma mulher, seja se provando por atributos considerados como representativos da virilidade.

Um desses traços de virilidade é a disputa por uma mulher. Diz ainda Zanello (2018) que as mulheres são uma forma de moeda de troca entre os homens heterossexuais para aumentar seu conceito na avaliação da masculinidade. No trecho do diário de campo apresentado mais acima, a moeda em questão era eu. E era a partir da relação que estavam estabelecendo comigo que Saulo e Bento disputavam para que suas masculinidades se tornassem hegemônicas. Zanello nos diz ainda que para que uma masculinidade seja hegemônica, é preciso que ela desqualifique as outras, o prestígio e a glória de homem estão baseados na desvalorização dos outros, conforme a autora. Esse ponto é possível ser visto quando Saulo começa a pautar sua masculinidade nos bens materiais que supostamente me daria, caso eu fosse solteira e que é logo desbancado por Bento, por meio do seguinte repertório: “Tu não tem nem pra tu mesmo, imagina pra ela.”

Notemos ainda no trecho destacado que, para Saulo, a condição para eu “ficar com ele” é se eu fosse solteira, não se eu quisesse. Em nenhum momento Saulo refere-se a mim como sendo dotada do direito de escolha, mas como propriedade de outro homem e a quem ele

iria respeitar, já que eu não era solteira. Há outro momento em que Saulo refere-se a mim como não sendo solteira e diz apontando para minha mão: “Olha a aliança dela”, trazendo para a conversação presente meu companheiro.

Mas passemos agora a nos debruçar sobre meu lugar de psicóloga-pesquisadora. Mesmo não estando ali no lugar de técnica de referência, ou como substituta momentânea dela, como no passado, volta e meia eu era surpreendida com os moradores me situando a partir desse lugar, em especial, Bento.

Bento: Isabelle, eu queria te fazer uma pergunta. Eu ando muito agitado. Vejo minha mãe que morreu e me masturbo muito. O que eu faço?

Isabelle: Você já conversou com C. sobre isso? É importante...

Diário de campo – 11 de julho de 2019

Como por algum tempo substituí a Técnica de Referência no passado, acredito que Bento evocou esse lugar, associado ainda ao fato de eu ser psicóloga e ter me apresentado como tal. Perceber que Bento havia me colocado como técnica de referência naquele momento de certa forma me tirou do meu lugar de conforto enquanto pesquisadora. Apesar de saber que neutralidade é algo impossível, seja em pesquisa, seja na profissão de psicóloga, de algum modo, eu estava tentando me proteger, sob o manto da pesquisa, de ser convocada a este lugar. Talvez também pelo fato de saber que a técnica de referência estava ocupando muitas funções, que não estava conseguindo ser tão presente quanto foi dois anos atrás. Minha tentativa de sair pela tangente foi também uma tentativa de não me permitir ocupar um lugar que não me pertencia e que não me cabia naquele instante. Procurei, então, direcionar para a pessoa responsável pelo cuidado.

Mas, a partir de última fala, Bento pôde dar vazão a sua insatisfação pela ausência da técnica com quem nutria vínculos afetivos potentes.

Começou, então, a falar estralando os dedos, se movendo de frente para trás repetidamente que C. estava muito ocupada e que não dizia mais nada para eles. Percebi que no momento em que falou isso baixou o tom de voz e o olhar. Perguntei, então, o que ele achava dessa ocupação dela, obtendo como resposta que achava normal.

Diário de campo – 11 de julho de 2019

Se contrastarmos a fala de Bento com os relatos da técnica de referência sobre suas fugas, como apresentaremos mais adiante, veremos que é possível que Bento esteja criando mecanismos de lidar com o afastamento e as ocupações de C., para que não se sinta inseguro diante da instabilidade da função da técnica enquanto cuidadora naquele momento.

Além desses momentos, houve alguns outros envolvendo um morador recém-chegado, a quem chamamos de Élio. Nos poucos encontros que tive com ele, buscava-me para falar sobre

o tempo do hospital, como veremos mais adiante, e sobre seus medos em relação à sua família. Tais situações claramente me mostravam uma demanda para uma intervenção psicológica. Preocupada com o duplo lugar que eu ocupava, tentava oferecer minha escuta e contatar a técnica de referência ou as cuidadoras. Vi-me ocupando uma linha fronteira bastante tênue, mas que, ao mesmo tempo necessitava de reforço a todo instante, inclusive para mim mesma, de que ali eu estava enquanto pesquisadora. Confesso ter sentido a delicadeza por vezes sutil e outras vezes avassaladora dessas situações.

A pesquisa estava se mostrando, portanto, um constante processo de negociação entre mim e os moradores e entre mim e os múltiplos lugares que eu poderia ocupar para os moradores e para mim mesma, mas sempre balizada pela ética da pesquisa. É importante dizer neste ponto que, baseada em Machado (2017), compreendo que a subjetividade e as suas expressões, tanto minha, quanto a dos sujeitos da pesquisa, se fizeram a partir de um convívio coletivo. Fazer pesquisa é deixar-se confrontar, inevitavelmente, pelos efeitos do campo. Tanto os reflexivos e intelectuais, quanto os afetivos. Ainda de acordo com a autora, nessas experiências, há estranhamentos vivenciais e teóricos que perpassam, dentre outras questões, pela história de vida de quem está pesquisando. Defrontar-me com os moradores, nesse contexto, me permitiu um contato com meus próprios limites e fui quase que obrigada pela dinâmica do campo a criar estratégias de aproximações e de distanciamentos possíveis dos moradores.

O vazio deixado pelo contexto político do município, no qual diversos rostos conhecidos estavam sendo realocados, facilmente poderia me levar a ocupar um lugar que não era meu. Neste sentido, reconheço que as estratégias de construção de limites relacionais, por exemplo, de direcionamento para as pessoas responsáveis, de reforçar meu lugar enquanto pesquisadora, foram fundamentais para a diversidade das vivências. Além disso, sublinho que as diferentes posições assumidas no campo, psicóloga, mulher, pessoa familiar e pesquisadora, possibilitaram a percepção do que significava a casa para os moradores, a partir de como eles próprios me mostravam essa casa; além de questões de gênero, raça e sexualidade e, por último, o que seria uma reabilitação possível a partir daquele espaço.

4.2 OS SENTIDOS DE CASA PARA OS MORADORES

Vinícius de Moraes escreveu a música “A Casa” em 1980, quando visitava uma casa no Uruguai, chamada Casapueblo que, inclusive, parece um castelo à beira mar. Conforme

reportagem da Folha de São Paulo²⁰, a casa foi construída por Carlos Vilaró, que iniciou a construção em 1958 e levou 30 anos para deixá-la como queria. O artista construiu a casa com as próprias mãos, e Vinícius de Moraes a visitou algumas vezes, ocasiões em que encontrava partes da casa, que já haviam sido construídas, desmontadas para serem reconstruídas.

Curioso é que “A Casa” de Vinícius nos remete ao que Freud pontua em “O mal-estar na civilização” ([1927 – 1931] 1969). Conforme o autor, ao explicar a dinâmica da vida mental, uma vez que algo tenha sido construído, nada pode perecer, tudo, de alguma forma, é preservado e pode vir à tona novamente. Freud, não por acaso, em um trecho do texto, chega a comparar a formação da mente com as cidades. Diz o autor que, por mais transformações que uma cidade possa sofrer, há sempre marcas de sua história em suas construções. As tentativas de reconstrução, seriam, portanto, formas de mudança de olhar. Bollas (s/data) pontua que em relação a estruturas de concreto, destruição e construção estão intimamente relacionadas.

Da mesma forma, “A Casa” de Vinícius segue sendo construída e reconstruída, sem teto, sem parede, sem chão, sem banheiro, sem nada. Mas, ao mesmo tempo, um nada que indica alguma coisa. Alguma coisa que caracteriza uma casa. Supomos aqui, ser o esmero. O investimento em, do nada, construir algo. Mas será que seria do nada, mesmo? Lembremos que nosso olhar sobre o mundo se dá a partir do construcionismo social. Nessa perspectiva, não há “do nada”, há sempre “alguma coisa”, por meio do da qual explicamos o mundo em que vivemos. Já nos dizem Spink e Frezza (2013) que a forma como conhecemos e damos a conhecer o mundo se faz a partir de trocas e de interações humanas que se processam e se situam historicamente. Dessa forma, podemos considerar o que Bollas (s/data) nos fala sobre a evocação inconsciente de fantasmas. O autor pontua que ao falar sobre construções anteriores, necessariamente estamos evocando uma vida cuja dinâmica social, imaginária ou não, existiu. Ora, um lar, para o autor, é a construção de locais internos, onde a vida cotidiana se desenrola.

Assim como Vinícius, os moradores dos Serviços Residenciais Terapêuticos possuem a difícil e, ainda fenomenal, tarefa de construir e reconstruir um lar a partir, dentre outras, das experiências vividas como ex-internos de hospitais psiquiátricos. Devemos lembrar aqui que os Serviços Residenciais Terapêuticos são pensados para pessoas com longo histórico de internação. São sujeitos que passaram por um processo de institucionalização que homogeneiza e dessingulariza. O sujeito torna-se sua doença. E o que é dito e produzido sobre ele é, na

²⁰ Reportagem do dia 19 de outubro de 2013. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/folhinha/2013/10/1358732-casa-muito-engracada-da-musica-de-vinicius-de-moraes-existe-de-verdade.shtml> Acessado em 28 de outubro de 2019, às 22h12.

realidade, a produção de saber sobre o adoecimento que, por sua vez, passa também a ser produzido pela instituição. É o que Amarante (2015) vem chamar de lugar da mortificação. Ter vivido longo período em uma instituição total, como o hospital psiquiátrico, é ter, conforme pontua Goffman (1961/2017), sua residência, seu trabalho, seu local de cuidado com a saúde, seu lazer, todos na instituição. O grande trabalho da desinstitucionalização é o da reconstrução da identidade a partir do convívio em liberdade.

Mas há outro aspecto da música de Vinícius de Moraes que nos é importante aqui. A casa, feita com muito esmero, localiza-se na “Rua dos Bobos”. Pensemos um pouco sobre estigma e, sobre como tal conceito é importante neste trabalho.

Goffman (2004) aponta que a sociedade, desde que se tem notícia, desenvolve um sistema de categorização das pessoas. Tal sistema baseia-se entre atributos que são considerados normais e atributos que desviam da regra. Dessa forma, ao conhecermos uma pessoa, a primeira coisa que buscamos, de acordo com o autor, são os aspectos que nos permitem encaixá-los em determinadas categorias pré-concebidas. Não esqueçamos ainda que a palavra estigma vem do grego e que foi criada em referência a sinais corporais que determinavam a qual status social o sujeito pertencia.

Os sujeitos ditos loucos surgem como forma de negação da humanidade e possuem os sinais de sua desrazão inscritos no corpo. São os sintomas considerados pela Psiquiatria como essenciais para o diagnóstico de transtornos mentais, alucinações, delírios, pensamento mágico, fala lentificada, humor rebaixado, etc. São os modos de falar, a maneira como percebem o mundo, a maneira como se inserem e estabelecem relações sociais, a maneira como olham, como se expressam, são todas características construídas a partir de um saber hegemônico do que seria a loucura. E, ora, alguém desarrazoado, não pode ser confiável, logo, o estigma de bobo, de louco, de anormal.

Os sujeitos da pesquisa não estão distantes de tal realidade. Devemos lembrar aqui que são homens, egressos de longos períodos de internação, acrescido do fato de estarem com um nível de cronicidade do transtorno mental acentuado, o que lhes confere algumas marcas. Vejamos:

Ao transpor o portão dei de cara com Júlio **caminhando em círculos** no terraço. Júlio é um morador idoso, alto, careca, com **poucos dentes** na boca. Pedi licença e me apresentei. A primeira coisa que ele me disse foi: “Júlio teve alta.” Falava isso com um sorriso largo e **passando a mão repetidamente em círculos sobre a cabeça** [grifos da autora]

Diário de campo - 04 de junho de 2019

Júlio apresenta no corpo, por meio dos movimentos estereotipados, as marcas da internação, ao mesmo tempo em que me recebia, anunciando sua liberdade. Mas o estigma produz outro tipo de efeito, o descrédito. Goffman (2004) aponta que enquanto o estranho está a nossa frente, os atributos que o tornam diferente nos fazem percebê-lo como uma pessoa diferente, por vezes, mesmo, boba, como na música de Vinícius, e aí vem o descrédito. Percebi o descrédito em alguns momentos durante a pesquisa, na forma como a equipe de cuidadores lidava com os moradores, seja com sorrisos de canto de boca ou meneando a cabeça durante alguma fala. Como nesse mesmo dia de meu primeiro encontro com Júlio, quando de imediato supus que Júlio estava se referindo aos anos que passou internado no Hospital Psiquiátrico. Fiquei empolgada, pois já de início o campo parecia me oferecer exatamente o que eu já procurava. Apesar de empolgada, decidi guardar um pouco o sentimento e, como Júlio não conseguia me falar de onde havia tido alta, perguntei posteriormente à cuidadora se ele estava internado em algum local e ela me respondeu da seguinte maneira:

G.: Só se foi há muito tempo, viu?! (Falando com um sorriso de canto de boca e balançando a cabeça)

Além desse episódio, percebi alguns outros momentos em que, por exemplo, a demonstração de angústia de um morador era ignorada, porque ele sempre fazia aquilo dizendo querer ir para sua casa.²¹

Mas é preciso atentarmos para outro aspecto da fala de Júlio. Ao falar que “teve alta”, Júlio evoca outro tempo. Um tempo passado, marcado pelo poder médico sobre si e sobre seu corpo. Afinal, receber alta pode significar o encerramento do isolamento, mas não da experiência e suas significações. Ao evocar o tempo passado, Júlio nada mais faz do que demarcar um corte entre as duas experiências, a de internado, e, de agora, morador em uma comunidade. Destaquemos aqui o termo “alta”. A palavra me chamou atenção por denotar um movimento passivo, no qual a saída não foi orquestrada por ele mesmo, mas permitida por uma equipe técnica. Lembremos de Goffman (1961/2017), mais uma vez, ao falar sobre os aspectos das instituições totais. Conforme o autor, todos os aspectos da vida passam a ser realizados no mesmo local e sob uma espécie de vigilância que se configura enquanto única autoridade. Além disso, cada momento do dia dos internos é feito na companhia de outras pessoas que estão responsáveis pelo controle de horário, da forma de fazer e de regras no geral. É esse controle total sobre as atividades cotidianas das pessoas o que basicamente define uma instituição total. Diante de tal definição, não é de se estranhar que Júlio queira demarcar um novo tempo em sua

²¹ Esse fato será trabalhado mais adiante.

vida. Outro morador, Élio, também evoca tal tempo, fazendo constantes comparações entre a casa e o hospital.

Em seguida, começou a fazer comparações entre a casa e o hospital. Disse que as camas do hospital eram de cimento e muito altas, e que ele não gostava de dormir nelas.

Diário de Campo – 18 de julho de 2019

Pensar a Reforma Psiquiátrica é, como já dissemos, pensar em transformações em todos os níveis da sociedade, incluindo transformações arquitetônicas e espaciais. Ao descrever a arquitetura de um Hospital Psiquiátrico em “Manicômios, Prisões e Conventos”, Goffman ([1961] 2017) discorre que havia uma nítida divisão entre quem deveria circular em qual espaço. Havia, conforme o autor, espaços fora do alcance dos sujeitos e a mera presença em tais espaços seria reprimida energicamente.

Fontes (2003) aponta que o ser humano, independente da atividade que esteja fazendo, sempre estabelece relações com o espaço. Costumamos nos apropriar e imprimir nossas experiências sobre determinado espaço, conferindo, sentido a ele. A arquitetura manicomial, marcada por muros, grades ou proibições de circulação por determinados espaços, produz o sentido de aprisionado, como pode ser visto no trecho abaixo:

Isabelle: O senhor estava aonde antes de vir pra cá?

Élio: Lá no Hospital. No HCTP²².

Isabelle: É mesmo?! E como era lá?

Élio: Lá eu ficava preso, né? O povo gostava de mim, mas eu não tinha um relógio. Não podia ter.

Diário de campo – 18 de julho de 2019

Ao afirmar que “lá” estava preso, Élio estabelece um rompimento marcado pelas diferenças entre os dois espaços institucionais. Referiu em outro momento que não podia circular pelo hospital e que sua família não ia visitá-lo lá, mas que na casa, foi no seu primeiro dia.

Ao falar sobre o que é uma casa, Silveira, Júnior e Macedo (2011) trazem casa enquanto abrigo que protege²³ contra as inseguranças do mundo, impede agressões, oferece

²² Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Destinado a pessoas que cometeram crimes e que são avaliadas como inimputáveis e/ou semi-imputáveis, ou seja, pessoas que não tinham condições de compreender o caráter ilícito de seus atos.

²³ Destacamos que, embora concordemos em certa medida com os autores, também precisamos lembrar que nem sempre a casa se configura enquanto esse projeto de segurança e conforto, mas, muitas vezes, enquanto local de produção e reprodução de violências. Se nos voltarmos, por exemplo, para os números de violência doméstica contra mulher, iremos nos deparar com situações alarmantes. O Dossiê Violência Contra as Mulheres, do Instituto Patrícia Galvão, mostra que 89 % das agressões a mulheres provém do atual ou ex-companheiro.

conforto e intimidade. A casa, portanto, não é apenas um objeto, como bem pontua Bachelard (1993), mas permite o projeto da habitação. É preciso, para o autor, que saibamos não o que caracteriza uma casa, mas como essa casa é experienciada. Bachelard diz ainda que a casa não vive somente o cotidiano presente, mas que nos remete a uma narrativa de nossa história particular. De acordo com Bachelard, as diversas moradas de nossa vida estão interconectadas e guardam memórias de tempos passados, como vimos com a descrição da conversa com Élio. É por meio da casa, diz Bachelard, que podemos construir enraizamentos, servindo como elemento de estabilidade e de segurança.

[...] é necessário mostrar que a casa é um dos maiores poderes de integração para os pensamentos, as lembranças e os sonhos do homem. Nessa integração, o princípio que faz a ligação é o devaneio. O passado, o presente e o futuro dão à casa dinamismos diferentes, dinamismos que frequentemente intervêm, às vezes se opondo, às vezes estimulando-se um ao outro. A casa, na vida do homem, afasta contingências, multiplica seus conselhos de continuidade. Sem ela, o homem seria um ser disperso (BACHELARD, 1993, p. 201).

Neste sentido, compreendemos que habitar está para além de uma passagem, implica, por outro lado, em conferir significado ao ambiente em que se vive.

- Bento: Isabelle, tudo bom? Por isso que C. perguntou se a gente lembrava de tu.

Isabelle: - E vocês lembram? Já faz tanto tempo...

Bento: - Lembro, sim. Lembra da Residência 4?

Isabelle: Lembro, sim. Ficasse por aqui mesmo, não é?

Bento: **Eu moro aqui.** (afirmou, rindo) [grifos da autora].

Diário de campo – 04 de junho de 2019

No trecho acima é possível verificar como minha presença lembrou a Bento, morador mais antigo da casa, do tempo em que existia a ameaça de sua transferência de moradia, caso descumprisse as regras. Lembro que Bento dizia sentir medo e demonstrava ficar ansioso diante da perspectiva. Afirmava na época, de forma repetida, que não iria fazer mais o que estavam reclamando. Neste ponto, a perspectiva apresentada por Bachelard parece se encaixar. A ameaça da perda do local de moradia, causava em Bento um medo ainda maior, o medo da perda de segurança, de abrigo, e a certeza de ser novamente atirado à dúvida da falta de um lugar, inclusive simbólico. Bachelard (1993) coloca que sem a casa, o homem seria um ser disperso. É a casa, para o autor, que situa o homem diante dos acontecimentos ameaçadores da vida.

Ao discorrer sobre o mal-estar na contemporaneidade, Birman (2012) aponta que uma das fontes de sofrimento do sujeito é a incerteza. Ao que nos parece, Bento vivia a angústia de perder aquilo que lhe abrigava das ameaças exteriores. Mas, mudar de casa é diferente de **ser transferido** de casa. Enquanto o primeiro termo aponta para um sujeito ativo, o segundo, aponta para uma passividade e submissão do sujeito a regras pré-definidas. Vale salientar que as ameaças sobre a transferência de Bento, na época, aconteciam sempre que o mesmo saía para exercer sua sexualidade, questão que será mais bem vista adiante. Mas, é importante aqui retomarmos a fala final destacada no diálogo com Bento: “**Eu moro aqui**”. Ao fazer tal afirmação, da maneira como fez, como se fosse óbvia, Bento se apropria do espaço como nos diz Bachelard (1993) e faz da casa seu abrigo. Vale aqui citar o seguinte trecho do diário de campo:

Indaguei se eu poderia conhecer a casa toda. Quem se prontificou a me mostrar foi Bento. Ele circulava pelos cômodos como se estivesse muito à vontade, descrevendo cada habitação e quem circulava pelos cômodos, contando histórias sobre os quartos e os conflitos que ocorriam por causa deles.

Diário de campo – 04 de junho de 2019

Sobre os cômodos, percebi que os moradores circulavam por todos os espaços, sem que houvesse restrições de circulação, exceto no banheiro e no quarto destinados aos cuidadores. Furtado e Campos (2011) teorizam que os Serviços Residenciais Terapêuticos carregam em si mesmos contradições que são próprias de sua forma de organização. Encontramos nesses serviços a coexistência de normatizações oriundas de portarias, leis, dos três níveis de gestão do Sistema Único de Saúde, e o que os autores chamam de um projeto de casa, de espaço privativo. Desse modo, há uma constante tensão entre as subjetividades dos moradores e as generalidades advindas das normas, das diretrizes de funcionamento, etc. Podemos citar como exemplo a coexistência no mesmo espaço de moradores e de uma equipe técnica destinada ao cuidado com eles. A casa possui, ao mesmo tempo, objetos que são de uso pessoal dos moradores e objetos que são de uso profissional da equipe, aos quais os moradores não possuem acesso. A escolha da equipe técnica que vai transitar pela casa, além do horário em que vão transitar, não é feita pelos donos da casa, mas por instância exterior, o Estado. Há objetos que são escolhidos pelos moradores e outros que são padronizados por meio de listas que são feitas para serem compradas pela prefeitura. Vejamos:

O interior da casa é pintado na cor verde – água, sendo que a sala, especificamente, possui três paredes verde e uma texturizada em amarelo, na qual fica um quadro com os afazeres dos moradores, datas de aniversário e outros **recados importantes à equipe de cuidadores**. A sala é ampla, de frente para a porta de entrada há uma grande mesa retangular de madeira com

seis cadeiras. Em cima da mesa, há **um livro no qual os cuidadores devem anotar as informações importantes para serem ditas no repasse de plantão**. À frente da mesa, um sofá marrom, bastante avariado pelo uso, com um buraco e espumas aparecendo; uma televisão e um ventilador **Atrás da mesa, uma cama de solteiro, que serve para descanso dos cuidadores**. Ao lado da cama fica uma maca que, atualmente, serve para um morador que está acamado e precisa de cuidados constantes. Entre a cama e a maca está **um armário, que está sempre trancado**, com duas caixas organizadoras na parte de cima. As caixas continham seringas e materiais para curativos. Pouquíssimas vezes observei os moradores neste ambiente [grifos da autora].

Diário de campo – 04 de junho de 2019

A organização da sala, por exemplo, mais parece a organização de uma sala de trabalho de uma equipe, do que propriamente a sala da casa de alguém. Goffman vem nos falar sobre as regras de circulação espacial. Embora o autor se refira a instituições totais, não podemos perder de vista, como foi colocado nos capítulos anteriores, que a Reforma Psiquiátrica é um processo, e como processo em construção, ainda há muito trabalho a ser feito para romper totalmente com o paradigma manicomial. Dessa forma, cabe aqui a visão de Goffman (1961/2017), ao pensarmos como resquícios do paradigma manicomial esses locais e objetos situados fora do alcance dos moradores. A não ser que o sujeito esteja acompanhado, autorizado ou num papel ativo, diz o autor, a simples presença em determinados locais era proibida. Assim como em Goffman, abrir e fechar o tal armário da sala era proibido, sendo o mesmo de manuseio apenas dos cuidadores e cuidadoras. Goffman fala ainda da existência do “paciente privilegiado”. De acordo com o autor, ele é privilegiado justamente porque compreende as regras desse espaço social e da necessidade da presença do cuidador. A existência de regras veladas sobre a possibilidade ou não de ter acesso a determinados locais e objetos, como, por exemplo, o livro ou o armário, é algo do cotidiano da casa, sendo já diluído nas relações.

Isabelle: Por que não vejo vocês muito na sala, Bento?

Bento: ah, a gente gosta de ficar aqui no terraço, né?! É mais espaçoso também.

Falou estralando os dedos e balançando a cabeça afirmativamente. Perguntei também o que tinha no armário da sala e Bento disse não saber.

Diário de campo – 20 de junho de 2019

É importante que eu diga que aparentemente não me senti à vontade de perguntar às cuidadoras ou aos outros moradores. Senti como se estivesse violando alguma regra privada, ou, de certa forma, instigando alguma curiosidade que trouxesse problemas. Possivelmente, nem os cuidadores e nem os moradores tivessem consciência sobre as regras de circulação da casa. Não me parecia ser meu papel lhes apontar, considerando que minha presença alteraria ainda mais o cotidiano da casa.

Ainda sobre as contradições envolvendo uma casa que é, ao mesmo tempo, um serviço, é importante problematizar a questão dos vínculos afetivos e da parentela familiar que se constrói numa residência terapêutica. Para tanto, é preciso definir aqui o que estamos chamando de família. Fonseca (2005), ao analisar as relações entre as práticas de intervenção e os conceitos de família, conclui, baseada em Duarte (1994), que as concepções de família variam conforme a classe social. Enquanto entre a elite prevalece a família enquanto linhagem, a quem se vai passar os bens adquiridos, nas camadas populares da sociedade brasileira, prevalece a noção de família baseada nas atividades domésticas do dia a dia e nas redes de ajuda. Gutfreind (2010), por sua vez, destaca que fazer parte de uma família está para além dos laços sanguíneos, significa estar inserido na narrativa dessa família, na história de vida do grupo. Fonseca (2006) sublinha que as redes extensas à família são acionadas e mobilizadas em favor do mais vulnerável, o que propicia também o estreitamento dos laços afetivos entre os membros da rede.

No caso dos moradores, foi observado o estreitamento de tais laços tanto entre eles próprios, quanto entre eles e a equipe técnica. No trecho abaixo, é possível observar os prejuízos trazidos aos moradores a partir da mudança repentina da equipe técnica em razão de um concurso público. A conversa ocorreu entre mim e a Técnica de Referência da casa.

Aproveitei para lembrar que o município estava passando por mudança no quadro de funcionários em razão de um concurso público ocorrido há pouco tempo, motivo pelo qual as cuidadoras me eram estranhas...

C.: Ô Isa, foi tão difícil... Esses meninos se desorganizaram tanto. Porque são muitos anos, né? Bento, mesmo, se descabelou... **Ele achou que eu ia sair também. Teve um dia que ele saiu da casa e se danou Janga adentro.** Eu saí atrás dele e quando achei, ele foi logo dizendo que eu ia abandonar ele, como a mãe e o pai. Vê mesmo...

Isabelle: Eita! Imagino como deve ter sido difícil pra eles, mesmo. E Saulo?

Cinthia: Saulo foi outro... Ele tá vivendo de altos e baixos né? Essa mudança mexe muito com eles. Principalmente se eu fosse sair. Você sabe que eles têm uma vinculação muito boa comigo. **Eu também só fiquei por causa deles. Porque eu sabia que todo o trabalho de desinstitucionalizar ia se acabar.** Pra tu ter ideia os cuidadores novos mal sabem escrever, quem dirá saber o que é Reforma Psiquiátrica [grifos da autora].

Diário de campo – 17 de junho de 2019

Santos Júnior, Silveira e Gualda (2011), ao falarem sobre os laços familiares em residências terapêuticas, dizem que família, não importando qual seja sua constituição, é o porto-seguro e o pilar que sustenta a sociedade. A saída de uma pessoa oriunda de longos anos de internação psiquiátrica de um Hospital para uma casa é marcada por uma dupla reinserção, como trazido pelos autores supracitados. Não apenas há a inserção numa rede de cuidados extra-hospitalar, marcada pelo enfoque psicossocial, mas também passam a ser moradores, donos de

uma casa, onde devem recuperar as funções básicas impregnadas no processo de morar numa moradia coletiva. As histórias desses moradores são diferentes das de qualquer outro ser humano, além de serem marcadas pela exclusão, carregam também a falta de relacionamentos afetivos estáveis e satisfatórios.

Baseada em Gutfreind (2010), penso que a formação de uma família perpassa pela troca de histórias e, conseqüentemente, de lugares. O autor nos traz que para que seja possível que partamos e construamos nosso próprio caminho, é necessário termos um investimento familiar em nível simbólico, é necessário sermos tocados, olhados e amados. No caso de nossos sujeitos, sua história familiar é marcada pela barreira do adoecimento e do isolamento social. É preciso ainda considerar que a maioria só está na residência pela quebra de vínculos afetivos familiares ou pela dificuldade de aceitação da família. Santos Júnior, Silveira e Gualda (2011) falam sobre a dificuldade da família em incorporar a nova realidade da Reforma Psiquiátrica e aceitar novamente os seus parentes no seio familiar. Dessa forma, a referência de família dos moradores passa a ser eles próprios, além da equipe técnica que está presente diariamente. Lembremos aqui Duarte (1994), que nos traz a importância do compartilhamento do cotidiano para a formação de uma família. Vejamos o relato do primeiro dia de observação:

O terceiro quarto também tem três camas. Indagado sobre o dono da terceira cama, Marcelo, me foi relatado que havia poucos meses havia falecido em decorrência de um infarto. A casa agora conta com apenas sete moradores. Quando perguntei como havia sido pra eles a morte de Marcelo, Bento e Saulo disseram que tinham perdido um irmão. **“A gente aqui é tudo irmão”**, disse Saulo. Marcelo aparecia nos discursos a todo momento [grifos da autora].

Diário de campo – 04 de junho de 2019

Mas há também os resquícios da falta de outra família. Da família de antes do internamento.

Pouco tempo depois Gerson veio para a sala e acocorou-se no canto da parede. Seu rosto parecia tenso. Indaguei se ele estava bem e se seguiu o seguinte diálogo:

Gerson: Gerson tá preocupado. Gerson...

Isabelle: É mesmo?! E por que tanta preocupação?

Gerson: Porque eu vou-me embora... Quero ir pra minha casa, pra junto da minha família.

Isabelle: Tua casa? E esse lugar aqui é o quê?

Gerson: Não é minha casa não. (Interrompe o discurso, o olhar passa a ficar vago e repete: - Gerson tá preocupado, Gerson).

Posteriormente, indaguei à cuidadora se a informação procedia e ela me disse que não, mas o melhor informante, na realidade, foi Bento que me contou que Gerson estava chateado porque fazia algum tempo que sua família não ia visitá-lo.

Diário de campo – 13 de junho de 2019

O abandono familiar tão comum no modelo manicomial aponta para uma desresponsabilização da família, uma vez que o Estado se apossava do sujeito com transtorno mental, isolando-o, como vimos, inclusive do convívio familiar. Como diria Pereira (2003), os usuários dos serviços substitutivos ao Hospital Psiquiátrico comumente foram submetidos a outras formas de tratamento, que estavam submetidos a uma compreensão reducionista do sujeito que convive com transtorno mental.

As definições, os rótulos, os reducionismos, as linguagens técnicas longínquas e de difícil compreensão, as afirmações contraditórias e desencorajadoras, fazem parte de seus percursos vividos, levando usuários e seus familiares a um desentendimento a respeito da perturbação mental que, em sua essência, é complexa e incerta, inclusive para a ciência médica (PEREIRA, 2003, p. 73).

A autora ainda ressalta que o hospital psiquiátrico aparece no discurso das famílias como sendo o protetor que mantém o fantasma da loucura afastado do convívio familiar. E, embora acreditemos que a Reforma Psiquiátrica aponta para uma descronificação não só do sujeito com transtorno mental, mas também de seus familiares e da sociedade como um todo, também levamos em consideração que há laços que foram rompidos pelo modelo asilar e que não podem ser reconstruídos. As repercussões disso, em nível subjetivo, é que precisam ser trabalhadas, inclusive para propiciar a construção de novos laços familiares.

Mas Gerson aponta para outra questão em sua fala. O fato de não sentir aquela como sendo sua casa naquele momento. O processo de inserção de um morador numa residência terapêutica envolve medos e inseguranças para um sujeito marcado por tantas perdas. Para entender um pouco o sentimento de Gerson sobre a casa naquele momento, é imprescindível recorrermos a Winnicott e o conceito de holding²⁴. Winnicott (1983 *apud* ALVARENGA; BITENCOURT, 2013) pontua que um ambiente que seja suficientemente bom apresenta como característica principal a capacidade dos cuidadores de enfrentar e resistir às possíveis crises e testes que a família venha a enfrentar. Desse, é possível se permitir que os testes aconteçam, mas que a família permaneça estável e, principalmente, não reaja a eles, pois reagir indica que o poder destrutivo do sujeito funcionou e o faz reviver a rejeição familiar. “O holding exerce diferentes funções nos distintos momentos da vida e sua importância se mantém, uma vez que sustentação e reconhecimento são elementos imprescindíveis na vida afetiva do ser humano” (ALVARENGA; BITENCOURT, 2013, p. 44).

²⁴ Holding pode ser melhor definido a partir das obras de Winnicott como sendo a confiança que a criança deposita num outro ser humano.

A reação dos moradores à perda dos cuidadores e à ameaça da perda da técnica de referência, possivelmente, é nada mais do que a ameaça da perda de um membro de sua família imposta pelo Estado. E a reação de Gerson parece nos indicar tal ambivalência com relação à casa e à família. Para os moradores, viver a insegurança da ameaça de perda parece apontar para as experiências vividas de abandono e rejeição familiar. Dizer que aquela não é sua casa é o que parece dar sentido ao que Gerson vive, assim como as fugas de Bento.

Neste aspecto, há ainda a dupla função do Serviço Residencial Terapêutico, o fato de ser uma casa, mas também ser um serviço. Furtado e Campos (2011) destacam que desde o surgimento do nome os termos “serviço” e “terapêutico” foram questionados, porém, para o momento em que tais dispositivos surgiram, foi necessário para que se desse a sua inclusão no âmbito do Sistema Único de Saúde. Os autores nos trazem ainda que tais casas carregam a particularidade de serem não só moradias destinadas a ex-internos de longa duração de hospitais psiquiátricos, mas, também, da convivência dessas pessoas com a normatização das três esferas de governo no SUS, dos conselhos profissionais e um projeto de casa que atenda ainda aos objetivos da desinstitucionalização.

No caso dos sujeitos da pesquisa, em específico, observamos a expressão da contradição casa-serviço, por exemplo, na mudança de equipe. Como foi falado, o município do Paulista precisou realizar um concurso público para se adequar às regulamentações exigidas pelo Ministério Público. Diante disso, cuidadores que estavam com os moradores desde o início da implantação da casa precisaram sair para dar lugar a novos. Podemos inferir, portanto, que a complexidade de uma casa que também é um serviço interfere diretamente sobre o modo de vida dos moradores. Modo de vida é conceituado por Rey (2011) como sendo uma produção subjetiva e não apenas hábitos. Para o autor, tal produção está relacionada com as ações, as relações e as preferências que vão definir os relacionamentos que estabelecemos, bem como a forma como vivemos, o que vai indicar uma dimensão simbólica-emocional muito maior do que imaginamos.

O que observamos a partir de nossa pesquisa é que para lidar com tal dicotomia é que costumam surgir as resistências cotidianas. Seja uma fuga, sejam as pequenas negações diárias, seja a simples quebra de objetos durante uma “crise”. Vejamos o trecho abaixo no qual Bento traz a memória de Marcelo, morador recém-falecido, a partir de uma pergunta sobre quem dormia na terceira cama do último quarto

Bento: Aqui dormia Marcelo. Ele morreu. Tu se lembra dele, não lembra?

Isabelle: Lembro, sim. Quando foi?

Bento: Tem uns meses. Ele teve um infarto. A gente ficou triste. É um irmão que morreu, **mas ele quebrava tudo quando tava em crise**. Caía no chão e tudo. **Bastava que não deixasse ele fazer o que queria** [grifos da autora]

Diário de campo – 04 de junho de 2019

Desconfiei, pelo relato e por minha vivência com ele na primeira vez que passei pela casa, que as tais crises de Marcelo indicavam alguma outra coisa, o que foi confirmado durante uma conversa com a cuidadora do dia. A cuidadora relatava que Marcelo costumava fazer algumas tarefas domésticas, mas quebrava as coisas. Falou rindo, quando contei o que Bento havia dito e falou que as vezes nem eram crises, mesmo.

Para entendermos um pouco mais, recorro a Edir Pereira (2017), que situa o poder como força reativa que não possui potência em si mesmo e que busca sua força por meio da negação de quem resiste. A resistência, porém, é também geradora de poder. Mesmo sem que haja uma confrontação direta e explícita às forças dominantes, resistir é uma forma de ação, e enquanto ação, toda e qualquer forma de resistência é ativa. No cotidiano, a resistência que ganha forma é a que se distancia das formas explícitas, a que se manifesta por meio de pequenos questionamentos, ironias, entonação. Edir Pereira (2017) considera ainda que resistir no cotidiano implica em r-existir. Para o autor, essa r-existência é uma luta diária e constante por uma forma de existir e de produzir sentidos, de modo que as convivências sejam experienciadas de uma outra forma. A importância de tais estratégias é que elas se mantêm muito mais constantes do que formas organizadas e explícitas de desobediência.

É preciso pontuar também que as resistências cotidianas nem sempre são direcionadas a pessoas, objetivam (ainda que não conscientemente) a tentativas de despreendimento de relações de subordinação. Aqui, tais resistências aparecem como a fuga de Bento, as crises de Marcelo ou até mesmo a ambivalência afetiva e a expressão de Gerson em dizer que aquela não é sua casa.

4.3 RACISMO, GÊNERO E SEXUALIDADE

Como pontuado no capítulo anterior, a casa é composta por oito moradores. Todos homens. É a única casa do município organizada dessa forma. E é também referida como “a casa problema” pela técnica de referência e pelos cuidadores. As outras duas casas do Paulista são compostas por homens e mulheres.

Em conversa com a técnica de referência, ela lembrou de minha passagem pela casa durante o período de residência, disse que a casa tinha melhorado muito desde então, mas que ainda era a que dava mais problema, “é a mais agitada”. Falou novamente sobre as fugas de Bento para exemplificar.

Diário de campo – 17 de junho de 2019

Para que possamos nos aproximar de uma compreensão sobre a dinâmica da casa, precisamos aqui nos debruçar sobre os marcadores gênero e sexualidade, de modo que evitemos ao máximo o risco de naturalizar a dinâmica e o as reações dos sujeitos sob a ótica sintomática do transtorno mental. Para definir tais conceitos, recorreremos a Medrado e Lyra (2008), que, citando Gayle Rubin (1975), concebem sexo/gênero enquanto um sistema conceituado como sendo um conjunto de normas por meio das quais a sociedade transforma o sexo biológico em categorias de atividades humanas, e é por meio dessas categorias que as necessidades humanas seriam satisfeitas. Dessa forma, Medrado e Lyra nos conclamam a uma desnaturalização às prescrições, práticas e norma sociais consideradas como masculinas e/ou femininas.

Zanello (2018) pontua que ao falarmos sobre saúde mental, é importante problematizar aquilo que aparece como sintoma, uma vez que, em geral, são aspectos que entram em conflito com o que é construído e esperado socialmente, calcado nos valores de gênero. O incômodo, diz a autora, surge pela incoerência com os papéis. Neste sentido, é importante destacar que aqui estamos interessadas na dimensão interacional destes homens entre si e com as mulheres, ou seja, em suas masculinidades como expressão da relação de gênero, como pontuam Medadro e Lyra (2008), compreendendo, ainda, de acordo com esses autores, que masculinidades são o conjunto de significados e signos em torno do que é ser homem. Como há diferentes significados em torno do tornar-se homem, seria errôneo de nossa parte falarmos de masculinidade, no singular. Além disso, estaremos também atentos ao modo como com os sujeitos homens da casa são construídos nos dispositivos institucionais.

Com respeito à dimensão relacional, nos ancoramos mais uma vez em Medrado e Lyra (2008), ao dizer que o gênero aqui não será pensado enquanto entidade independente, mas como construções e reconstruções que são interdependentes. Para isso, dizem os autores, é necessário que consideremos a assimetria de poder existente nessas relações.

Ou seja, deve-se adotar a perspectiva de gênero, buscando compreender como diferenças se constituem em desigualdades, indo além dos sexos como determinantes biológicos e da ‘di-visão’ sexual do mundo. [...] é preciso a adoção de uma perspectiva que rompa com a visão feminista dicotômica que adota a noção de dominação, desconsiderando o jogo relacional de poder entre o eu e o outro: Ou seja, deve-se adotar a perspectiva de gênero, buscando compreender como diferenças se constituem em desigualdades, indo além dos sexos como determinantes biológicos e da ‘di-visão’ sexual do mundo.(...) é preciso a adoção de uma perspectiva que rompa com a visão feminista dicotômica que adota a noção de dominação, desconsiderando o jogo relacional de poder entre o eu e o outro (MEDRADO E LYRA, 2008, p. 819).

Dessa forma, é importante aqui citar um aspecto interessante da casa. A divisão das tarefas domésticas. Durante as observações não vi nenhum morador fazendo a comida ou limpando a casa. Interessada nesse aspecto, iniciei o seguinte diálogo com a cuidadora:

Quando perguntei quem tinha acesso à cozinha para participar da confecção dos alimentos, por exemplo, a cuidadora respondeu algo como “quem mais era disponível era Marcelo. Era uma figura. Os outros, nenhum deles chega junto. Uma vez perdida Saulo faz alguma coisa, mas o resto... Bento, mesmo...” Disse, balançando a cabeça negativamente.

Diário de campo – 11 de julho de 2019

Há aqui duas coisas a serem pontuadas. A primeira delas é que a equipe de cuidadores é essencialmente formada por mulheres, havendo apenas um cuidador que compõe a equipe noturna, o que nos leva a pensar que, no jogo de relações, as cuidadoras estão assumindo o papel de responsáveis pelas tarefas domésticas e, os moradores, ao mesmo tempo, lhes estão colocando nesse lugar. Zanello (2018) pontua que a atribuição das tarefas domésticas às mulheres provém desde a fundação do capitalismo, fundado a partir e para um Estado patriarcal. Para a autora, a divisão entre público e privado instaurada a partir desse advento trouxe a possibilidade de ascensão social para todos, mas não para todas. A noção de feminilidade estava relacionada ao espaço privativo, assim, a mulher ideal seria aquela voltada para o lar. E diversos dispositivos foram criados para respaldar e auxiliar na divulgação de tal posicionamento. Por exemplo, Zanello destaca que o espaço da domesticidade foi utilizado, inclusive, pelas ciências, como uma forma de exaltar e empoderar, a partir de um ponto de vista colonizador, as mulheres, que foram exaltadas como mães e como cuidadoras. Tal aspecto é reproduzido ainda hoje na divisão das tarefas domésticas.

Podemos ainda nos deter sobre a ausência dos moradores das tarefas domésticas a partir da compreensão dos papéis que são atribuídos aos homens na nossa sociedade. Musberg e Rocha (2016) pontuam que há a definição de tarefas que são mantenedoras de uma estrutura patriarcal. Dentre essas atribuições, podemos situar as tarefas domésticas. Deixar a responsabilidade da manutenção do lar para as mulheres é tido como “coisa de homem”, criando um espaço para a afirmação do masculino dentro da casa. E mais do que isso, para demarcar aqueles homens enquanto seres viris que não se relacionam com “coisa de mulher”.

É preciso ainda destacar o sentido da palavra “cuidadora” enquanto função num Serviço Residencial Terapêutico. Aguiar (2009, p. 57) aponta que a função da equipe de cuidadores é de acompanhar “os moradores nas tarefas cotidianas e em suas negociações, colaborando na construção do processo de uma autonomia possível. Por função, eles são agentes facilitadores nas ações de reabilitação psicossocial dos moradores”. É importante

destacar tal função aqui, para que compreendamos que o repertório interpretativo “cuidadora” neste serviço residencial terapêutico parece estar muito mais atrelado a uma espécie de trabalhadora doméstica.

Hoje tive a oportunidade de perguntar a Bento e a Saulo o motivo de eles não fazerem as tarefas, lembrei que anos atrás os vi retirando toda a mobília com a equipe antiga para limpar a casa. Saulo deu uma gargalhada e Bento respondeu de forma enfática que foi até bom a equipe ter trocado, “aquelas cuidadoras só ficavam no pé, Isabelle. A gente tinha que fazer tudo”, disse, referindo-se aos afazeres domésticos.

Diário de campo – 11 de julho de 2019

Mas há outro aspecto que também aponta para o lugar da cuidadora enquanto responsável pelos afazeres domésticos nesta casa. Silva (2015) também encontrou tal relação em sua pesquisa e, suas conclusões apontam que, enquanto internos no hospital psiquiátrico, os moradores não eram obrigados a se ocuparem com os cuidados e a manutenção cotidiana do espaço, considerando a existência de auxiliares de serviços gerais, assim como responsáveis pela cozinha. Dessa forma, compreendemos que a relação estabelecida com as cuidadoras ainda carrega resquícios de relações institucionalizadas, nas quais o jogo de poder se alterna entre relações de gênero.

Zanello (2018) compreende que há scripts ou códigos linguísticos na sociedade que definem as performances de gênero. Tais scripts, diz Zanello, são interpelados e criados a partir de uma microfísica do poder que se dá por meio das tecnologias de gênero, isto é, as representações culturais do espaço privado como sendo reservado às mulheres e o público, aos homens. Isso é facilmente percebido também na dinâmica da casa. Durante minhas visitas, não percebi as cuidadoras saírem da sala (espaço privado) e interagirem com os moradores no espaço em que eles costumam estar para conversas, a varanda, ou a rua (espaços de compartilhamentos, de trocas) e, quando os moradores interagem com elas se referiam apenas a questões voltadas ao funcionamento da casa.

Ainda de acordo com Zanello (2018), podemos concluir que há uma leitura de corpos histórica que privilegia as diferenças físicas, de modo que se justifiquem as desigualdades de poder. Neste sentido, os moradores têm, ainda, outra particularidade, não são quaisquer corpos, são corpos de loucos. Silva (2015) nos traz que a construção do corpo está submetida ao contexto sócio-histórico e cultural em que estamos inseridos, portanto, para a autora, corpos são fabricados a partir de discursos. Não se excluindo disso, o corpo da loucura é, também, um corpo fabricado.

Foucault (1998, p. 06) nos fala que em nossa sociedade há discursos que estão na origem, ou seja, que produzem certos atos e hábitos cotidianos, conforme o autor “os discursos que, indefinidamente, para além de sua formulação, são ditos, permanecem ditos e estão ainda por dizer”. No que diz respeito ao corpo da loucura, Silva (2015) aponta que foi investido por diversos discursos e seus significados que disputam o status de verdade, tais discursos se fazem a partir da compreensão da Lei, da Psiquiatria, da Psicanálise, passando, inclusive, pelos discursos reformadores. Vejamos o trecho a seguir do diário de campo:

Ainda durante a conversa, C. me falou especificamente sobre o morador acamado. Disse do sentimento de pena que sentia em vê-lo daquela forma e descreveu a forma como ele chegou na casa, destacando, especificamente, que ele sequer conseguia calçar uma sandália aberta. Disse que quando ele calçava, gritava. “Olhe, Isa, quando ele conseguiu ficar de sandália, foi uma alegria, minha filha! Você precisava ver. Ele não falava também, só gritava, com o tempo conseguia falar uma coisinha ou outra”.

Diário de campo – 17 de junho de 2019

Na conversa com a técnica de referência, o corpo do morador aparece em dois momentos: no tempo passado, ao sair do hospital psiquiátrico e, no tempo presente, quando conseguiu alguns avanços a partir da moradia. O corpo recém-saído do hospital psiquiátrico é produzido aqui como o corpo mortificado de que nos fala Goffman ([1961/2017]), o corpo com movimentos mecânicos e restritos, bem como um corpo desumanizado pela relação com o opressor, como nos traz Freire ([1968] 2017). Temos, portanto, que a intervenção asilar sobre o corpo do louco não passava apenas pela contenção física ou química, mas também por um processo normatizador, cuja base estava ancorada na negação de direitos básicos, por exemplo, a negligência com os cuidados da higiene, falta de alimentação, etc. (SILVA, 2015).

A passagem de ex-interno a morador passa, então, também por um resgate desse corpo enquanto corpo humanizado, mas é preciso sempre ter em mente a desinstitucionalização como epistemologia do cuidado, uma vez que a linha entre a colonização dos corpos e o cuidado parece ser bastante tênue. No trecho abaixo do diário de campo é possível ver a tal linha surgindo.

Desde que cheguei pela manhã, a cuidadora me disse que Saulo estava sem tomar banho fazia alguns dias. O cabelo de Saulo, que é crespo, estava sujo e a barba por fazer. Além disso, Saulo usava uma espécie de colar feito com cadarços de sapato. A cuidadora pediu mais de uma vez que ele tomasse banho e cortasse o cabelo. Saulo se negava. A cuidadora argumentou que só lhe daria o dinheiro da semana, se ele tomasse banho e cortasse o cabelo.

Saulo: Não vou cortar, eu quero que cresça, mãe.

G.: Do jeito que tá, Saulo, você pode até ser confundido com **coisa que não presta**, né [grifo da autora].

Diário de campo – 09 de julho de 2019

Assim que vivenciei, a cena me passou despercebida, a não ser pela negociação com o dinheiro. Imaginei, no entanto, que tais negociações ocorriam inclusive pelo cuidado com a higiene. Registrei o momento, mas algo nele me incomodava. Ao falar com uma amiga, ela me chamou a atenção para o fato de Saulo ser negro e que a cena trazia algo velado para além do simples cuidado do corpo. Nunes e Siqueira-Silva (2016) pontuam que os loucos surgem como exemplos da humanização negada e comparam à desqualificação da humanidade dos negros. Mbembe (2014) refere que ao reduzir o corpo a uma questão de aparência, incluindo a pele ou a cor, o mundo europeu faz do negro e da raça versões de uma loucura codificada. A raça funcionaria, então, como uma categoria fantasmagórica que estaria na origem dos mais terríveis crimes.

Ainda para substanciar o que Mbembe fala, nos ancoramos em Fanon (2008), que compreende o negro como um objeto fobógeno e ansiógeno. O autor pontua isso a partir da análise que faz da subjetivação dos sujeitos, numa sociedade em que situa o branco como a representação do bem e o negro sempre como a representação do mal. Na nossa sociedade, o corpo negro é construído como objeto causador de terror e precisa, portanto, ser evitado.

Então a escolha do objeto fobógeno é *sobredeterminado*. Este objeto não surge da noite do Nada, ele provocou, em determinadas circunstâncias, um afeto no sujeito. A fobia é a presença latente desse afeto sobre o fundo do mundo do sujeito; há organização, formação. Pois, naturalmente, o objeto não tem necessidade de estar presente, é suficiente que ele *seja*: ele é uma possibilidade. Este objeto é dotado de intenções más e de todos os atributos de uma força maléfica (FANON, 2008, p. 137).

O repertório interpretativo utilizado pela cuidadora, “coisa que não presta”, nos remete imediatamente ao negro enquanto objeto fobógeno, como compreende Fanon (2008). Por mais que fosse conhecido nas redondezas, Saulo poderia ser facilmente confundido com um fora da lei, uma pessoa capaz de cometer crimes, e que, portanto, causa medo nas pessoas. A associação não poderia ser feita de outro modo, que não por meio do corpo. Por isso, a insistência em tomar banho, cortar o cabelo e aparar a barba. Para parecer com “coisa que presta”, Saulo deveria assemelhar-se aos brancos.

Kilomba (2019) aponta o racismo como sendo um determinante das relações sociais. A autora pontua ainda que na construção do racismo estão presentes três características básicas: a primeira delas é a construção da diferença, na qual a pessoa é vista como diferente, seja pelo tom de pele, seja por sua pertença religiosa. Em seguida, temos que a diferença é necessariamente ligada a padrões hierárquicos, a pessoa não só é diferente, como é compreendida e significada a partir de um estigma que a coloca como inferior. Por fim, a última

característica é o poder. A autora pontua que a combinação do preconceito com o poder é o que forma o racismo.

Sobre a construção da diferença, é necessário pontuar que só ocorre porque há um grupo majoritário que detém o poder de se definir enquanto padrão social a ser seguido. Ainda de acordo com Kilomba (2019), a branquitude é o grupo majoritário a ser imitado, e todo aquele que se diferir dela sofre sanções. Ao dizer que Saulo poderia ser confundido com “coisa que não presta”, a cuidadora expressou o que Kilomba chama de racismo cotidiano. Essa forma de racismo é aquela que coloca os negros como “o outro”, que personifica aquilo que a sociedade branca quer esconder. Ao tentar negociar, de maneira arbitrária, que Saulo cortasse o cabelo, a cuidadora está impondo que ele se torne o outro da branquitude, como diz Kilomba, não ele mesmo, ou quem ele gostaria de ser.

No racismo cotidiano, a pessoa negra é usada como tela de projeções do que a sociedade *branca* tornou tabu. Tornamo-nos um depósito de medos e fantasias *brancas* do domínio da agressão ou da sexualidade. [...] Tais processos de repressão e projeção permitem que o sujeito branco escape de sua historicidade de opressão e se construa como “civilizado” e “decente”, enquanto “Ostras/os” raciais se tornam “incivilizadas/os (agressivos) e selvagens (KILOMBA, 2019, p. 78).

É importante aqui situar que não estamos deixando de levar em conta a importância do cuidado com a higienização no contexto da residência terapêutica. Inclusive, consideramos que a tentativa de trazer a higienização para Saulo se reveste do que Silva (2015) traz como sendo uma tentativa de demarcar a diferença com o corpo institucionalizado. A autora aponta que os corpos no asilo são sujos, geralmente desnudos, e marcado por algum comportamento considerado inadequado, que o situa a partir de uma desrazão. Em tudo o corpo do interno se difere do corpo técnico. No Serviço Residencial Terapêutico, por outro lado, não há a existência de fardas, ou de vestimentas específicas que situem um ou outro. Há, pelo contrário, uma tentativa de investimento nesse corpo, no sentido de rodeá-lo de cuidado e de aproximações com o corpo técnico. As fronteiras antes tão bem demarcadas aqui precisam ser mais fluidas.

No entanto, a tentativa de cuidado de que falamos acima, principalmente por meio da higienização, deve ser tida dentro de um processo de autocuidado que comporte, inclusive, as identidades e identificações dos moradores, não simplesmente ser imposta ou negociada por meio do dinheiro, como no caso exposto. Nada nos admira a postura de Saulo em negar-se repetidamente a querer tomar banho ou aparar os cabelos e a barba. Ele parecia não compreender o sentido do processo, que se impunha violentamente enquanto racismo cotidiano, não como cuidado. E, de fato, o sentido aparece muito mais enquanto a preservação da

vizinhança em lidar com um negro que carrega também os trejeitos da loucura, do que problematizar a importância do autocuidado.

Mas há ainda outro aspecto sobre esses corpos que precisamos nos deter, a sexualidade. Faz-se mister rememorar aqui que a casa é classificada enquanto sendo do tipo II, conforme portaria do Ministério da Saúde. Dessa maneira, como apontamos nos capítulos anteriores, os moradores possuem um grau de cronificação e de dependência mais acentuado, seja causado pela institucionalização, seja pela idade, seja pela acentuação dos sintomas psíquicos ou mesmo por uma interação de tudo isso, o que é nossa hipótese.

Silva (2015), ao falar sobre o desenvolvimento das chamadas técnicas terapêuticas no cuidado à loucura, explica que tais terapias já foram desde um adestramento, por meio da correção de condutas imorais, até o uso da medicalização de forma desordenada. O que as terapêuticas teriam em comum, nos diz a autora, é que todas perpassam pelo objetivo comum de controle para uma normatização do corpo do louco. Mas Silva pontua ainda que a redução do louco a um não-sujeito reduz também o seu corpo a objeto, objeto este que será alvo agora de todas as intervenções possíveis, uma vez que é compreendido a partir do estatuto da doença. A compreensão do sujeito da loucura a partir da visão da patologização e da desrazão o situa não mais como ser humano. Precisamos aqui lembrar que estamos falando a partir de um momento histórico, social e cultural em que, para se compreender enquanto ser no mundo, o homem dizia ser necessário o imperativo da razão, “penso, logo existo”, logo, aqueles considerados incapazes de pensar, deveriam ser afastados da existência social.

O corpo não pensante é o corpo animalizado que precisa ser controlado nas suas mais diversas expressões, inclusive com relação à sexualidade. Lembremos ainda que, além do imperativo da razão, a modernidade inaugura também a divisão entre os espaços privados e públicos, conforme apontamos nos capítulos anteriores. O sujeito considerado animalizado é visto como incapaz de manifestar sua sexualidade em ambientes privados, sendo necessário, assim, ser confinado e ter todos os aspectos de sua vida controlado, inclusive a sexualidade.

Não esqueçamos, no entanto, que os moradores das residências terapêuticas são esses sujeitos cujos corpos e a sexualidade foram, por muito tempo, controlados. Como o título do tópico coloca, a casa é considerada como “a casa problema”, e tal repertório interpretativo não está dissociado da sexualidade dos moradores. Ele se repete, por exemplo, quando os cuidadores e a técnica de referência se referem a Bento como sendo “o mais difícil”.

Foucault (1987) pontua que, em qualquer sociedade, o corpo sempre será alvo de restrições e ordenamentos urgentes. A forma como o poder se exerce, nesse caso, está relacionada a uma necessidade de impor disciplina sobre o corpo e tal disciplina, de acordo com

Foucault, aponta para a necessidade de cada vez mais um domínio de cada sujeito sobre seu próprio corpo. O exercício da sexualidade de Bento estava relacionado a uma ruptura, ainda que pequena.

Ora, dentro de um sistema cujo poder disciplinar se faz presente, resistir nem sempre quer dizer fazer alardes, como pontua Edir Pereira (2017). Pelo contrário, resistir algumas vezes é curvar-se para desdobrar-se de modo que se possam criar estratégias de fuga. São essas as resistências cotidianas, aquelas que são silenciosas, porém, extremamente eficientes. É preciso lembrar aqui que onde há poder, há resistência. Ela não vem antes ou depois que o poder se instaura, mas se instaura junto ao poder. O autor pontua ainda que resistir não é meramente uma questão de vontade individual ou coletiva, muito menos uma simples reação, mas está, por outro lado, ligado ao próprio processo de subjetivação do sujeito. Desta forma, o sujeito não simplesmente decide resistir, resiste porque existe e porque constrói novos sentidos e rupturas com o que está instituído.

Em conversa com a técnica de referência sobre Bento, ela me lembrou de que as saídas dele, que tanto traziam problemas para a casa, possibilitaram que a equipe pensasse em formas de possibilitar o exercício da sexualidade de maneira segura. Agora são organizadas saídas para que Benajmim e outros moradores possam fazer sexo.

Diário de campo – 17 de junho de 2019

A resistência cotidiana de Bento, ainda que ele não tivesse consciência, produziu frestas da organização da casa e nos saberes da equipe.

Falar aqui sobre sexualidade nos parece importante para compreender a dinâmica convivência dos moradores na e com a casa. É preciso pontuar que não estamos falando apenas de corpos. Estamos nos referindo a corpos masculinos, marcados pela loucura e pelo internamento asilar, e que, portanto, vivenciam sua sexualidade também a partir desses marcadores. Em todos os momentos em que se fala sobre relações sexuais, por exemplo, elas são vividas com prostitutas, desprovidas de qualquer relação prévia. Os moradores são levados por um cuidador para a Praça do Diário, em Recife, pagam e podem se relacionar sexualmente enquanto o cuidador os espera. O único que ainda tentou vivenciar uma relação com uma mulher fora desse padrão foi Bento, porém, tentou envolver-se com uma mulher casada e acabou chamando a atenção do esposo da mesma, angariando ameaças a sua vida. Para além desse episódio, houve uma tentativa da equipe em aproximar Bento de uma moradora de outro Serviço Residencial Terapêutico do município, mas Bento alegava que não dava certo.

Mas, como dizíamos no início deste tópico, é preciso atentar para a classificação da casa. Sendo do tipo II, a maior parte de seus moradores, além da cronificação trazida pelos

sintomas, são também ou estão passando para a categoria de idosos, sendo os mais novos, Bento e Saulo. Nóbrega (2017), em sua pesquisa sobre as intervenções no projeto Humanidade do Governo do Estado de Pernambuco, identificou que a velhice aparece vinculada à falta de dimensão sexual. As pessoas idosas passam por uma espécie de infantilização, principalmente os idosos institucionalizados, e a autora vincula tal processo a uma defesa subjetiva vivenciada pelos cuidadores, considerando que estão presentes nos momentos mais íntimos destas pessoas. “Nesse sentido, nota-se que simbolicamente gera menor angústia lidar com o corpo nu de uma criança, do que com um corpo amadurecido, demonstrando desejo de atividade sexual” (NÓBREGA, 2017, p. 85). Nossos moradores idosos, além de terem vivido por muito tempo com sua sexualidade institucionalizada e regulada por sanções do asilo psiquiátrico, expressam comportamentos que nos remetem também a crianças, o que pode reforçar o que Nóbrega nos fala sobre as defesas subjetivas dos cuidadores. Vejamos nos dois relatos abaixo:

Gerson também parecia lembrar-se de mim. Com um sorriso afirmava repetidamente: “Gerson tá melhor”. Gerson é um idoso, magro, está sempre sorrindo, com os cabelos grisalhos. Sempre que falava que estava melhor, abaixava-se e ficava de cócoras. Tentei compreender a que se referia quando dizia que estava melhor, mas Gerson se limitava a me olhar e rir.

Enquanto estava na sala, se reuniam no terraço Saulo, Bento e Bento. Os três cantavam música e riam. Não consigo me recordar qual a música estavam cantando. Enquanto isso, Júlio sentava no sofá da sala e se colocava em posição fetal dizendo que estava com sono.

Diário de campo – 04 de junho de 2019

4.4 UMA REABILITAÇÃO POSSÍVEL

Ao delinear os caminhos da reabilitação psicossocial, Saraceno (2001) faz uma importante reflexão sobre como alguns dados da vida dos sujeitos são omitidos. Diz o autor que costumamos falar sobre tudo, exceto sobre o processo da reabilitação, por exemplo, de onde veio o sujeito, como era este lugar, quais as práticas terapêuticas eram utilizadas, como é o dispositivo reabilitativo para onde será direcionado, como foi inserido em seu contexto e dinâmica de vida. Para não incorrer em tal erro, busquei, seja em conversa com os moradores, com as cuidadoras, com a técnica de referência, ou mesmo com os profissionais do Caps ao qual o Serviço Residencial Terapêutico é referenciado, reconstruir a trajetória dos moradores antes de passarem a residir numa residência terapêutica em Paulista.

Meu interesse era saber, por exemplo, de que hospital psiquiátrico vieram, quanto tempo passaram, como foram parar lá, como foi seu processo de inserção da casa, enfim, dados

que remontassem ao início da entrada dos moradores na residência. Buscava introduzir tais assuntos nas conversas que estabelecíamos, porém, logo me dei conta de que os moradores pouco poderiam me dizer a respeito. Apenas três deles tinham lembranças detalhadas sobre a vida pregressa. Os outros não pareciam conseguir me dizer²⁵, seja por quais motivos fossem. Aqueles que conseguiam falar algo sobre introduziam a partir de minhas perguntas ou mesmo em comparações entre o cotidiano da casa e o cotidiano do hospital, como no trecho a seguir, em que é possível ver uma conversa entre mim, Bento e Élio, novo morador da casa.²⁶

Nesse momento Bento interrompeu nossa conversa e disse que já conhecia Élio de muito tempo. “Desde o tempo do Janga”, disse, evocando memórias passadas. E seguiu dizendo que Élio tinha “surtado com a família” e que ele não queria ver a esposa pra não chorar.

Comentários da observadora: Percebi que Élio estava com o olhar vago e quis saber mais sobre ele.

Isabelle: O senhor estava aonde antes de vir pra cá?

Élio: Lá no Hospital. No HCTP.

Isabelle: É mesmo?! E como era lá?

Élio: Lá eu ficava preso, né? O povo gostava de mim, **mas eu não tinha um relógio. Não podia ter.**

Isabelle: E como era que o senhor ficava sabendo das horas?

Élio: Ah, tinha que perguntar né? **Pro carcereiro...**

Isabelle: E ele lhe dizia?

Élio: Às vezes dizia, **quando queria dizer...**

Em seguida começou a fazer comparações entre a casa e o hospital. Disse que as camas do hospital eram de cimento e muito altas, e que ele não gostava de dormir nelas [grifos da autora].

Diário de campo – 18 de julho de 2019

O motivo principal de querermos resgatar as histórias pregressas dos moradores se ilustra no trecho apresentado acima. Élio, por exemplo, não saiu de qualquer hospital psiquiátrico, saiu de um Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Hospitais classificados dessa forma possuem uma característica muito peculiar, demarcada por sua natureza ambígua, uma vez que são instituições destinadas a pessoas que convivem com transtorno mental e que, durante uma crise, tenham praticado algum tipo de crime. Apesar de serem denominados como hospitais, não pertencem ao Sistema Único de Saúde, mas sim, ao sistema judiciário. Essa, por sinal, é a grande dificuldade em operacionalizar definitivamente a desinstitucionalização desses

²⁵ Um deles por estar acamado e parcialmente inconsciente.

²⁶ Embora já tenhamos usado esse trecho mais acima, consideramos ele bastante rico para ilustrar diversos aspectos da reabilitação, por isso, resolvemos resgatá-lo para aprofundar outros aspectos.

espaços. A grande discussão gira em torno de qual o lugar para essas pessoas, e de como agir em casos em que ocorram conflitos com a lei.

Aqui entra a peculiaridade da história de vida de Élio e também a peculiaridade de sua inserção em serviços substitutivos. As pessoas que convivem com transtorno mental já carregam o estigma da periculosidade, como vimos nos tópicos anteriores. As que, em alguma medida, possuem conflito com a lei, parecem, de certa forma, estar duas vezes estigmatizadas. É importante destacar que na pequena conversa ilustrada acima Élio traz elementos que se destacam enquanto relações regidas pelo que Foucault (1987) chama de vigilância hierárquica, na qual o lugar em questão é construído, simbólica e espacialmente, de forma a permitir tanto uma observância do espaço exterior, quanto um controle do espaço interior e de quem nele habita, tornando-os visíveis pela diferenciação de quem, naquele momento, representa o poder. A função de tais espaços, nos diz Foucault, é a de agir e modificar os sujeitos, de conferir domínio sobre eles.

Élio, antes habituado a viver em um local cujos espaços de convivência eram delimitados por muros espessos e por pavilhões, vem de uma instituição total para a vida em comunidade. As instituições totais, como pontua Foucault (1999), se utilizam de diversas estratégias para exercer a disciplina: o enclausuramento, o quadriculamento celular e individualizante (separam-se os indivíduos por grupos e dá-se um lugar para cada grupo), as localizações funcionais (vigiar, mas de modo que o sujeito seja útil à instituição), classificação e serialização (individualização dos corpos).

Outra característica das instituições totais é o controle do tempo. O sujeito perde a autonomia diante da administração de seu tempo de vida, já que este é contado minuciosamente para benefício da instituição. Há tempo para dormir, para acordar, para comer, tomar banho, vestir-se etc., não sendo permitida ao sujeito a manutenção de sua singularidade. Desta última é preciso abrir mão em prol da instituição. É neste sentido que possuir um relógio, na fala de Élio, é muito mais do que possuir o objeto, é, antes de tudo, possuir sua liberdade. Quando evoca o tempo passado de interno no HCTP e se diferencia do carcereiro por não possuir o relógio, Élio agora parece se reconhecer como sujeito. O que aparece não só em sua fala, mas em sua expressão corporal e na forma como exibia o objeto.

Ainda sobre a chegada de Élio na casa, estava se dando um fato interessante. Quando cheguei à casa para as primeiras visitas, soube que Fernando dividia o último quarto do corredor com Saulo, embora tivessem três camas no quarto. Quando da chegada de Élio, ele passou a ocupar a terceira cama, o que, de acordo com Bento, aborrecia a Fernando e fazia com que tratasse mal a Élio. Não cheguei a presenciar nada que denunciasse uma agressividade de

Fernando com Élio, porém, as cuidadoras relataram algumas situações e eu percebia certa indiferença. Fernando evitava se referir a Élio ou mesmo a permanecer no mesmo ambiente em que ele estivesse. O próprio Élio dizia perceber quando, destacando as diferenças entre a casa e o HCTP, falou que na casa podia receber sua família, “ainda que Fernando não goste de mim”. Posteriormente os moradores me disseram que não foram avisados da vinda de Élio para a casa.

Saraceno (2001) nos traz um conceito importante para pensar a desinstitucionalização, as redes de negociação. Tais redes seriam a representação do direito ativo de troca entre os sujeitos que estariam colocados dentro do jogo de possibilidades de estabelecer as relações, tanto materiais (acesso aos bens de consumo), quanto afetivas. Tais redes, sendo flexíveis, aumentam o poder de contratualidade dos sujeitos. A inserção de Élio na casa não se deu imbricada nessa rede de negociação. Élio simplesmente chegou. E não apenas chegou, como chegou para ocupar a cama de um morador que havia falecido pouco tempo antes e com quem os moradores tinham um forte vínculo afetivo.

A reação de Fernando à chegada de Élio nos aponta outra discussão trazida por Saraceno (2001), a relação entre estar e habitar. Saraceno aponta que a reabilitação psicossocial de uma pessoa que convive com transtorno mental perpassa pelo “estar”. Diz o autor que as pessoas com transtorno mental costumam estar em lugares, seja em casa de familiares, seja em hospital psiquiátrico. A grande questão se dá quando a pessoa passa a habitar determinado local. Estar, para Saraceno, indica um nulo ou quase nulo poder de contratualidade sobre o espaço, já o habitar indica um grau maior de propriedade, não apenas no nível material, mas também simbólico de participar das decisões. A chegada de Élio parece ter realocado Fernando neste lugar de estar na casa e não de habitar, retirando seu poder em participar das decisões daquele ambiente.

É o mesmo que ocorreu quando Bento fugiu de casa, ao saber das trocas de funcionários que estavam sendo operadas pelo município, ou mesmo o que levou Gerson a dizer que estava preocupado num trecho acima e que ali não era sua casa. É a lembrança, sempre presente, de que naquela casa há uma tensão frequente entre o estar e o habitar. E é mais uma vez Saraceno (2001) quem nos esclarece a questão dizendo que tal tensão ocorre não somente com pessoas egressas de hospitais psiquiátricos, mas que é comum em nossas próprias casas experimentarmos um aprisionamento, ainda que momentâneo, do habitar, e é quando o autor problematiza a noção de autonomia trazida pela Reforma Psiquiátrica. Para o modelo da autonomia, os sujeitos entrariam numa espécie de seleção natural na qual os mais fortes seriam selecionados para participar das decisões mais importantes, enquanto os avaliados como mais fracos ficariam de fora. Neste modelo, vemos ainda a reprodução hierarquizada de dominação,

o que não nos aponta para uma reabilitação possível. Já o modelo das redes de negociação, proposto por Saraceno, aponta não para seleção entre fracos e fortes, mas para a participação de todos, de modo que o objetivo não é potencializar os mais fracos, mas, sim, que as regras de convivência sejam modificadas e adaptadas às suas singularidades. Seria, por exemplo, uma consulta e uma preparação dos moradores para a chegada de Élio.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na construção desta pesquisa, nos propusemos a observar e a conversar. Escolhemos os dois métodos, porque acreditamos serem os menos invasivos possíveis dentro de um contexto em que o local, a partir do qual acessaríamos os sujeitos, era a casa deles. Apesar de sabermos que a simples presença de uma pesquisadora mudaria toda a dinâmica da casa, consideramos que os moradores, em sua maioria, eram idosos, com uma cronificação do transtorno mental acentuada também pelos anos de internação e que, possivelmente, teriam dificuldade em responder perguntas de maneira sistematizada, como em uma entrevista. Estávamos certas!

Encontramos algumas dificuldades importantes para remontar, por exemplo, as histórias de vida de alguns dos moradores. Alguns simplesmente não conseguiam articular as memórias e as falas. Desse modo, conseguimos informações importantes por meio de nosso olhar atento e de conversas desprentensiosas e informais. Os temas se faziam a si próprios. Não precisávamos introduzi-los. Afinal, o que estávamos pesquisando era justamente aquilo que fazia parte do cotidiano daquelas pessoas. Como diria Menegon (1999), é por meio da conversa mais corriqueira que as pessoas produzem sentido sobre o cotidiano e que se posicionam ativamente diante das relações que estabelecem.

Conosco não foi diferente. Por meio das temáticas trazidas pelos moradores, observamos como eles estavam produzindo sua realidade por meio da linguagem. Fosse por meio da presentificação do passado, por meio dos relatos de quando estavam como internos em hospitais psiquiátricos, fosse por meio da demonstração de como lidavam com os paradoxos de uma moradia diferenciada das demais. Esses discursos, percebemos, produzem frestas nos modos de funcionamento que, muitas vezes, tendem a ser normatizadores, e abrem a possibilidade ou as possibilidades de expressões variadas de singularidade.

Iniciamos essa empreitada com o objetivo de compreender a construção de resistências cotidianas a partir da moradia. Estamos percebendo que, ao seu término, conseguimos muito mais. Mais do que resistências, conseguimos observar a construção de vinculações afetivas diversas e complexas que se produziam pela interação entre pessoas. Observamos a construção de uma família fundada não nos laços consanguíneos, mas nas narrativas cotidianas, como nos coloca Gutfreind (2010). Conseguimos perceber ainda como os moradores conseguem transitar entre os marcadores de gênero, sexualidade e raça, ainda que não se deem conta disso. Oprimidos quando lhe são negadas ainda as expressões de suas singularidades, o acesso a direitos básicos, como o poder de compra, quando passam por episódios de racismo cotidiano, que os situa como objetos fobógenos de uma sociedade branca, dentre outras questões. Mas que

reproduzem em suas relações reflexos de uma sociedade fundada a partir de um Estado patriarcal. Quando vivenciam suas masculinidades de maneira tóxica uns com os outros e com as mulheres que compõem a equipe de cuidadores.

Para que pudéssemos estar atentas a essa complexidade do campo, estávamos o tempo todo ancoradas na nossa perspectiva teórico-metodológica das práticas discursivas e produções de sentidos. Para nós, era importante contextualizar quem estava enunciando o quê, em qual contexto e a quem estava sendo direcionada. Foi assim que nos demos conta, por exemplo, do que a presença de uma pesquisadora estava produzindo em sujeitos homens com suas sexualidades cerceadas pelo contexto da loucura. E mais do que isso, pudemos nos debruçar sobre o que a relação estava produzindo em nós. Os incômodos, as frustrações, o não saber como agir.

Mas, ainda com base em nossos objetivos, buscamos nos apropriar da configuração da casa, da arquitetura, da disposição dos móveis, das vozes dos moradores sobre a organização do espaço, as relações com a equipe técnica. De acordo com Fontes (2003), estamos sempre nos relacionando com os espaços de maneira a lhes conferir sentidos e significados, imprimindo sobre eles nossas experiências pregressas e construindo experiências futuras. Os sujeitos da pesquisa são pessoas que vivenciaram duas arquiteturas muito distintas e que marcam compreensões teóricas e políticas também muito distintas, a arquitetura de hospitais psiquiátricos e a arquitetura de uma casa. Um dos moradores, por exemplo, não parava de fazer comparações entre os dois espaços. Dizia com frequência que “lá”, referindo-se ao hospital, ficava preso, trazendo como marco importante da mudança de espaço, a possibilidade de ter acesso ao controle do tempo. É Goffman (1961/2017) que nos fala sobre o controle do tempo em instituições fechadas e de como este é regulado pela equipe técnica com os horários fixos e homogêneos de acordar, banhar-se, comer, ter lazer, dentre outros aspectos.

No que tange ainda à arquitetura, percebemos alguns resquícios do que seriam as relações mediadas pela institucionalização, eram os espaços pelos quais os moradores tinham sua circulação restrita. Alguns objetos aos quais não podiam ter acesso ou mesmo os cômodos da casa destinados à equipe técnica.

Como segundo objetivo específico, tínhamos a identificação de repertórios interpretativos dos moradores sobre a casa, o que também observamos. Por meio das conversas, os moradores demonstravam seu projeto de habitação enquanto um local que os protege e que os permite fazer parte de uma comunidade, como pontuam Silveira, Júnior e Macedo (2011). A casa também lhes permitia o que Bachelard (1993) fala sobre a vivência de diversos tempos intercalados em um só. Como dito anteriormente, vivenciar a experiência de moradia em

comunidade parece permitir que aquelas pessoas ressignifiquem e reelaborem diariamente os significados que possuem de casa, de família, inclusive de si mesmos.

É aqui que pontuamos a estreita relação entre vivenciar a moradia e criar resistências cotidianas. Diante da menor expressão de ameaça sobre a perda desse lugar, os moradores expressavam suas contrariedades por meio de quebras de acordo, de fugas, de expressões como “essa não é minha casa”.

É neste sentido trazemos aqui a perspectiva dos determinantes e condicionantes da saúde, considerando que nenhum fator isolado pode provocar o adoecimento, mas, sim, um conjunto de fatores contribuintes, como trazem Almeida-Filho e Paim (2013). As fugas de um dos moradores, isoladamente, poderiam ser compreendidas enquanto uma expressão sintomática e patológica de um transtorno mental, porém, dentro de um contexto em que o município estava passando por mudanças em seu quadro de funcionários, da compreensão de sua história de vida e de sua fala, pudemos compreender enquanto uma expressão de resistência àquela mudança, para a qual ele não havia tido voz ou escolha.

Foi por meio desse entendimento também que atingimos o terceiro objetivo específico que havíamos estipulado: compreender a construção de estratégias de resistência construídas pelos moradores numa casa-serviço. Se voltarmos a Pereira (2017), observaremos aquilo que o autor fala sobre a resistência não enquanto uma vontade necessariamente ativa do sujeito, mas como uma necessidade para continuar existindo. A expressão das resistências cotidianas da casa se dava, dentre outros modos, pela maneira como os moradores faziam para exercer suas sexualidades. Observamos um morador que por muito tempo foi tido pela equipe técnica como “o problemático”, querendo apenas sair, conhecer mulheres e se relacionar sexualmente com elas. A forma como ele fazia trazia diversos problemas, seja por abordar mulheres casadas, seja por abordagens desrespeitosas. Mas, ao se debruçar sobre o comportamento, a equipe conseguiu manejar e encontrar uma solução para que o exercício da sexualidade ocorresse.

Ainda que o exercício da sexualidade se desse de maneira controlada e vigiada pela equipe, como pudemos relatar na análise, foi uma pequena ruptura num contexto em que a sexualidade sequer poderia se mostrar, considerando que estamos falando de corpos institucionalizados e, em sua maioria, idosos. A Reforma Psiquiátrica é um processo complexo, como também tantas vezes dissemos.

Um aspecto importante e que trazemos no último tópico da análise é o que consideramos uma reabilitação possível, sem ilusões de que uma residência terapêutica seja unicamente a casa dos moradores. É uma casa, mas é também um serviço. E precisa ser considerada ocupando esse duplo lugar, para que as contradições existentes sejam percebidas e

trabalhadas sem que os moradores sofram quaisquer ônus por isso. Ignorar essas contradições é fechar os olhos para as relações de poder entre os moradores e a equipe, entre os moradores e o Estado, entre os moradores e a comunidade, e dos moradores com eles mesmos.

Não podemos esquecer que se estas pessoas hoje estão em um Serviço Residencial Terapêutico, é porque algo as impossibilita de voltar ao convívio familiar, seja pelos vínculos, que estão fragilizados a ponto de não poderem ser reconstruídos sob o mesmo teto, seja pela inexistência da família. Negar a dimensão serviço da casa é negar que os moradores possuem necessidades específicas de orientação para se inserir no que Saraceno (2001) chama de redes de negociação, que devem, dentre outros aspectos, aumentar o poder de contratualidade. A dicotomia apresentada pelo autor entre estar e habitar, envolvendo o poder de contratualidade, apareceu durante toda a nossa pesquisa.

Queremos destacar aqui, por exemplo, que esse poder de contratualidade perpassa também pelo acesso à renda. Como dissemos anteriormente, o Ministério da Saúde criou um Programa para incentivar a reabilitação e o aumento desse poder, o Programa de Volta pra Casa, por meio do qual os ex-internos de longa permanência em hospitais psiquiátricos têm acesso a uma quantia que os permite ter um mínimo poder de compra. Detivemos-nos também sobre se os moradores possuíam ou não esse benefício e constatamos, por meio de diálogo também com a técnica de referência, que não. Alguns deles possuem acesso ao Benefício por Prestação Continuada da assistência social, mas, ainda assim, nem todos, o que restringe, a nosso ver, o exercício da cidadania.

Pontuamos ainda que os marcadores de gênero, raça e sexualidade foram trazidos a partir do campo. Embora considerássemos durante o desenho inicial da pesquisa que eles poderiam ocorrer, escolhemos, inicialmente não trabalhar com eles, razão pela qual não lançamos mão da teoria interseccional enquanto ferramenta de análise. Quando estávamos com os dados da pesquisa para serem analisados, já não dispúnhamos mais de tempo hábil para nos debruçar sobre interseccionalidade. Porém, sublinhamos que a casa parece se organizar a partir desses marcadores. Sugerimos, portanto, para uma pesquisa futura, uma análise a partir de uma casa em que convivam homens e mulheres.

Percebemos também a existência de conflitos geracionais entre os moradores. O morador mais jovem da casa, Bento, apresentava necessidades diferentes dos demais, o que causava estranhamento para a equipe técnica e para os outros moradores.

Por fim, é nítido que estamos vivendo um momento político delicado, como fizemos entrever durante o texto, de diversos retrocessos no campo da saúde mental, inclusive com dois Serviços Residenciais Terapêuticos sendo fechados na cidade do Recife em 2019, sob a

alegação de que não possuíam o contingente mínimo para o funcionamento. Sugerimos ainda para investigações futuras uma análise documental de leis e portarias envolvendo os Serviços Residenciais Terapêuticos. Também gostaríamos de destacar um público bastante específico que tem ocupado esses espaços, os ex-internos de Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Como vimos com Élio, esses moradores apresentam ainda mais peculiaridades. Consideramos importante a existência de uma pesquisa sobre a inserção deles nas casas, a recepção pelos moradores, pela comunidade e pelas equipes técnicas.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Brena Leite de. **Serviços de residências terapêuticas: entre a tutela e a autonomia, a incansável busca pelo cuidado...** 2009. 126 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2009.

ALMEIDA-FILHO, Naomar de.; PAIM, Jairnilson. Conceitos de saúde: atualização do debate teórico-metodológico. In: PAIM, Jairnilson; ALMEIDA-FILHO, Naomar (Orgs.). **Saúde coletiva: teoria e prática**. 1a. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2013.

ALVARENGA, Lydia Levi de; BITTENCOURT, Maria Inês Garcia de Freitas. A delicada construção de um vínculo de filiação: o papel do psicólogo em processos de adoção. **Pensando famílias** [online], v.17, n 1, p. 41-53, 2013.

ALVES, Camila *et al.* Perfil dos pacientes de três residências terapêuticas de um hospital psiquiátrico municipalizado do Estado do Rio de Janeiro. **Cuidado é Fundamental** [online], n. 2, p.149-152, 2010.

AMARANTE, Paulo; TORRE, Eduardo Henrique Guimarães. “De volta à cidade, sr. Cidadão!” – reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, p. 1090-1107, 2018.

AMARANTE, Paulo, TORRE, Eduardo Henrique Guimarães. Medicalização e determinação social dos transtornos mentais: a questão da indústria de medicamentos na produção de saber e política. In: NOGUEIRA, Roberto Passos. **Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária**. Rio de Janeiro: CEBES, p. 151-160.2010.

AMARANTE, Paulo. **Teoria e crítica em saúde mental**. Textos selecionados. 1. ed. São Paulo: Zagodoni, 2015.

AMORIM, Ana Karenina de Melo Arraes; DIMENSTEIN, Magda. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 1, p. 195-204, 2007.

ANTONACCI, Milena Hohmann *et al.* Estrutura e fluxo da rede de saúde como possibilidade de mudança nos serviços de atenção psicossocial. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, n. 4, p. 891-898, 2012.

ANTONACCI, Milena Hohmann *et al.* O trabalho no serviço residencial terapêutico: possibilidades na reconstrução de vidas fora dos manicômios. **Cuidado é Fundamental** [online], n. 3, p. 831-839, 2017.

ANTUNES, A. **A nossa casa**. São Paulo: Rosa Celeste/BMG, 2004. CD “Saiba” (38,7 min).

ANTUNES, Beatriz *et al.* As relações de socialização da comunidade de Caxias do Sul com os moradores do serviço residencial terapêutico. **Cuidado é Fundamental** [online], n. 2, p. 3864-3865, 2013.

- ARGILES, Carmen Terezinha Leal *et al.* Redes de sociabilidade: construções a partir do serviço residencial terapêutico. **Ciência Saúde Coletiva** [online], n. 7, p. 2049-2058, 2012.
- BACHELAR, Gaston. **A poética do espaço**. São Paulo: Martins Fontes, 1993.
- BAKHTIN, Mikhail. **Marxismo e filosofia da linguagem**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.
- BARRETO, Jubel. **O umbigo da reforma psiquiátrica**. Cidadania e avaliação de qualidade em saúde mental. 2003. 213 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.
- BASAGLIA, Franco. **A instituição negada**. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985 (2001).
- BASAGLIA, Franco. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Garamond Ltda., 2010.
- BAUMAN, Zigmunt. **Modernidade líquida**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.
- BIRMAN, Joel. **A psiquiatria como discurso da moralidade**. 1. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- BIRMAN, Joel. **O sujeito na contemporaneidade**. Espaço, dor e desalento na atualidade. 1. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012.
- BOGDAN, Robert; TAYLOR, Steven J. **Introdução aos métodos de pesquisa qualitativa**. Universidade Federal do Ceará – UFC, Núcleo de Estudos e Pesquisa Social – NEPS, Fortaleza: Ceará, 1980.
- BOLLAS, Christopher. A arquitetura e o inconsciente. **Latinoam Psicopatologia fundamental** [online], v. 3, n. 1, p. 21-46, s/ data.
- BORGES, Camila Furlaneti, BAPTISTA, Tatiana Vargas de Farias. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção da política. **Cadernos de Saúde Pública**, n. 24(2), p. 456-568, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Cartilha do Ministério da Saúde: clínica ampliada, técnico de referência e Projeto Terapêutico Singular**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei n.º 10.216, de 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Lex - Legislação em Saúde Mental 1990-2004*, Brasília, 5. ed. amp., p. 17-19, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 106, de 11 de fevereiro**. Diário Oficial da União. Brasília, DF, Seção 1, p. 23, 24 fev. de 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil**. Brasília, novembro de 2005.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

CAMARGO JÚNIOR, Kenneth Rochel. Um ensaio sobre a (in)definição de integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. (Orgs.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, p. 37-46, 2004.

CARDONA, Milagros García; CORDEIRO, Rosineide Meira; BRASILINO, Jullyane. Observação no cotidiano: um modo de fazer pesquisa em psicologia social. In: SPINK, Mary Jane *et al.* (Orgs.). **A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2014 (publicação virtual).

CARNEIRO, Nancy Greca; ROCHA, Karina Nalevaiko. Das comunidades terapêuticas aos lares assistidos: a implantação de residências terapêuticas. **Revista Extensio UFSC**, n. 10, p. 133-149, 2010.

DE LUCCIA, Donna *et al.* O protagonismo no projeto terapêutico singular: singularidade e implicação do sujeito no nível terciário em saúde. **A Peste: Revista de Psicanálise e Sociedade e Filosofia**, v. 7, n1, p. 49-64, 2015.

DELGADO, Pedro Gabriel. Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v.17, n. 2, p. 1-4, 2019.

DEUS, Cleuza de *et al.* Considerações em relação à qualidade de vida de pacientes psiquiátricos em residência terapêutica. **Psychology, Community & Health**, n. 2, p. 79-89, 2014.

DIAS, Mônica. A pesquisa tem “mironga”: notas etnográficas sobre o fazer etnográfico. In: **Entre saias justas e jogos de cintura**. Gênero e etnografia na antropologia brasileira recente. Porto Alegre: Publicação Virtual, 2017.

DUARTE, Luiz Fernando Dias. Horizontes do indivíduo e da ética no crepúsculo da família. In: RIBEIRO, Ivete. (Org.). **Família e sociedade brasileira: desafios nos processos contemporâneos**. Rio de Janeiro: Fundação João XXIII, 1994. p. 23-41.

FANON, Frantz. **Pele negra, máscaras brancas**. S/ed. Salvador, Edufba, 2008.

FIGUEIREDO, Alessandra Anicetto Ferreira de. **Construção de categorias e de lugares para a loucura: uma análise dos discursos de usuários de CAPS I**. 2013. 145 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, Recife- PE, 2013.

FONSECA, Cláudia. Concepções de família e práticas de intervenção: uma contribuição antropológica. **Saúde e Sociedade** [online], v. 14, n. 2, p. 50-59, 2005.

FONSECA, Cláudia. Da circulação de crianças à adoção internacional: questões de pertencimento e posse. **Cadernos Pagu** [online], n. 26, p. 11-43, 2006.

FONTES, Maria Paula Zambrano. **Imagens da arquitetura da saúde mental: um estudo sobre a requalificação dos espaços da casa sol do sol**, Instituto Municipal de Assistência à Saúde Nise da Silveira. 2003. 219 f. Dissertação (Mestrado em Arquitetura) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

- FOUCAULT, Michel. **A ordem do discurso**. [Versão em pdf] Ciberfil, 1998.
- FOUCAULT, Michel. **Doença mental e psicologia**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.
- FOUCAULT, Michel. **História da loucura**. 11. ed. São Paulo: Perspectiva, 1975/2017.
- FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 8. ed. Rio de Janeiro/São Paulo: Paz & Terra, 1996.
- FOUCAULT, Michel. O sujeito e o poder. In: DREYFUS, Hubert Lederer; RABINOW, Paul. **Michel Foucault**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, p. 231-249, 1995.
- FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir**. 32. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1975/1988.
- FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 63. ed. Rio de Janeiro/São Paulo: Paz e Terra, [1968] 2017.
- FREUD, Sigmund. **O mal-estar na civilização**. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. 21. Originalmente publicado em 1929. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- FRICHEMBRUDER, Simone Chandler; SOUZA, Nádia Geisa de. A utopia da constituição do “mapa” da reforma brasileira. In: SILVEIRA, Maria de Fátima Araújo; JÚNIOR, Hudson Pires de Oliveira Santos. (Orgs.). **Residências terapêuticas: pesquisa e prática nos processos de desinstitucionalização**. Paraíba: Eduepb, p. 67-96, 2011.
- FURTADO, Juarez Pereira; BRAGA-CAMPOS, Florianita C. Problemas de uma casa chamada serviço, buscando novas perspectivas de morada para portadores de transtorno mental grave. In: SILVEIRA, Maria de Fátima Araújo; JÚNIOR, Hudson Pires de Oliveira Santos. (Orgs.). **Residências terapêuticas: pesquisa e prática nos processos de desinstitucionalização**. Paraíba: Eduepb, p. 49-64, 2011.
- GILL, Rosalind. Análise de Discurso. In: BAUER, Martin W.; GASKELL, George. (Orgs.) **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som – um manual prático**. São Paulo: Vozes, 2008.
- GOFFMAN, Erving. Estigma. **Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4. ed. Publicação Virtual, 2004.
- GONÇALVES, Maria da Graça M. **Psicologia, subjetividade e políticas públicas**. 1. ed. São Paulo: Cortez, 2010.
- GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. 9. ed. São Paulo: Graal, 2017.
- GUTFREIND, Celson. **Narrar, ser mãe, ser pai & outros ensaios sobre a parentalidade**. 2. ed. Rio de Janeiro: Difel, 2010.
- HARAWAY, Donna. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. **Cadernos Pagu** [online], v. 5, p. 07-41, 1995.

JORGE, Marco Aurélio Soares Jorge; CARVALHO, Maria Cecília de Araujo; DA SILVA, Paulo Roberto Fagundes (Orgs.) **Políticas e Cuidado em Saúde Mental**. Contribuições para a prática profissional. 1. ed. São Paulo: Fiocruz, 2014.

KILOMBA, Grada. **Memórias da plantação**. Episódios de racismo cotidiano. 1. ed. Rio de Janeiro: Obogó, 2019.

LANCETTI, Antonio. **Clínica peripatética**. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2016.

LANGOSKI, Deisemara Turatti. **O sujeito cidadão nos deslocamentos humanos forçados: uma concepção de cidadania fraterna**. 2017. 532 f. Tese (Doutorado em Direito) – Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2017.

LIMA, Telma Cristiane Sasso de; MIOTO, Regina Célia Tamasso. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. **Revista Katálysis** - Portal de Periódicos UFSC, v. 10, n. spe., p. 35-45, 2007.

MACHADO, Paula Sandrine. Entre homens: espaços de gênero em uma pesquisa antropológica sobre masculinidade e decisões sexuais e reprodutivas. In: **Entre saias justas e jogos de cintura**. Gênero e etnografia na antropologia brasileira recente. Porto Alegre: Publicação Virtual, 2017.

MAIA, Sayonara Maielle de *et al.* O enfermeiro frente à sexualidade do paciente psicótico institucionalizado. **Cuidado é Fundamental** [online], n. 2, p.145-148, 2010.

MARTINS, Gizele da Conceição Soares *et al.* As residências terapêuticas: Implicações para assistência de enfermagem psiquiátrica no município de volta redonda – RJ (2005-2009). **Cuidado é Fundamental** [online], n. 2, p.190-193, 2010.

MATEUS, Mário Diniz. (Org.). **Políticas de saúde mental**. 1. ed. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013.

MATOS, Bruna Gusmão de. Residência terapêutica: um modelo alternativo de atendimento aos pacientes psiquiátricos. **Cuidado é Fundamental** [online], n. 2, p. 410-412, 2010.

MBEMBE, Achille. **Crítica da razão negra**. 1. ed. Lisboa: Antígona, 2014.

MEDRADO, Benedito; LYRA, Jorge. Por uma matriz feminista de gênero para os estudos sobre homens e masculinidades. Florianópolis. **Estudos Feministas**, v.16, n. 3, p. 809-840, 2008.

MENDONÇA, Ísis Vieira *et al.* Enfermeiro em moradias inseridas em instituições psiquiátricas. **Cuidado é Fundamental** [online], n. 2, p. 646-649, 2010.

MENEGON, Vera Mincoff. Por que jogar conversa fora? Pesquisando no cotidiano. In: SPINK, Mary Jane. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano**. São Paulo: Cortez, 2013.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa social. Teoria, método e criatividade**. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MORAES, Vinícius de. 1913-1980. **Livro de letras**. São Paulo: Companhia das Letras, 1991.

MOREIRA, Érika Vanessa; HESPANHOL, Rosângela Aparecida de Medeiros. O lugar como uma construção social. **Revista Formação** [online], v. 2, n. 14, p. 48-60, 2007.

MOTA, Mirela de Lucena; SILVA, Jorge Luiz da; LYRA, Jorge. O movimento de luta antimanicomial e os desafios em contextos de crise. **SER Social**, Brasília, v. 19, n. 41, p. 519-536, 2017.

MUSBERG, Gabriel Felipe Pautz; ROCHA, Vigeia Novach Santos da. Masculinidades em foco: A (des) construção da paternidade a partir de crônicas de Rogério Pereira. **Ipotesi**, Juiz de Fora, v. 20, n. 2, p. 126-136, 2016.

NÓBREGA, Rita de Kássia Torres. Amor é prosa, sexo é poesia. In: ALBUQUERQUE, Carla Gabriela Souza de Sá Cavalcanti de; *et al.* (orgs) **Reflexões à luz do envelhecimento**. Recife – PE. Libertas, 2017.

NUNES, João Arriscado, SIQUEIRA-SILVA, Raquel. Dos “abismos do inconsciente” às razões da diferença: criação estética e descolonização da desrazão na reforma psiquiátrica brasileira. **Sociologias**, n. 43, p. 308-237, 2016.

OLIVEIRA, Rafael Wolski de. Os caminhos da reforma psiquiátrica: acompanhamento terapêutico, propagação e contágio na metrópole. **Psicologia & Sociedade**, n. spe 2, p. 90-94, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Constituição da organização mundial de saúde**. Nova Iorque, 1949. Disponível em:
<<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>
Acesso em: 10 jan. 2020.

PARENTE, Alessandra Affortunati Martins. A casa e o holding: Bachelard e Winnicott. **Natureza Humana** [online], v. 11, n. 1, p. 73-100, 2009.

PASSOS, Luciane A. dos Santos; RUMIN, Cassiano Ricardo. A fotolinguagem como dispositivo de atenção à saúde. **Seminia: Ciências Sociais e Humanas**, n. 2, p. 103-118, 2014.

PEREIRA, Edir. Resistência decolonial: estratégias e táticas territoriais. **Terra Livre**, n. 43, p. 17-55, 2017.

PEREIRA, Maria Alice Ornellas. Representação da doença mental pela família do paciente. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação** [online], v. 7, n. 12, p. 71-82, 2003.

PERNAMBUCO. Assembleia Legislativa do Estado de Pernambuco. **Lei 11.064 de 16 de maio de 1994**. Dispõe sobre a substituição progressiva dos Hospitais Psiquiátricos por rede de atenção. Recife: Alepe, 1994.

PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco. Comissão Intergestores Bipartite. **Resolução CIB/PE N° 2314 de 03 de junho de 2013**. Altera a Resolução CIB n° 1944 de 07 de maio de 2012 que aprova diretrizes para remodelagem da Rede de Atenção

integral à saúde mental, regulamenta a internação psiquiátrica involuntária e dá outras providências. Recife: Secretaria de Saúde, 2013.

PINHEIRO, Janayna Araújo Costa; MACHADO, Leila Domingues. Experiência clínica por meio de imagens cartográficas. **Psicologia & Sociedade**, n. spe, p. 120-128, 2011.

PINTO, Isaac Alencar. **A reforma psiquiátrica em discursos de cuidadores de serviços residenciais terapêuticos**. 2011. 154 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife- PE, 2011.

REDON, Silvano Aparecido. **Estranhando o familiar**: notas de uma pesquisa etnográfica. São Paulo: Ponto Urbe, n. 2, p. 2-11, 2008.

REY, Fernando González. **Subjetividade e saúde**. Superando a clínica da patologia. 1. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

RIBEIRO NETO, Pedro Machado; AVELLAR, Luziane Zacché. Concepções sobre a interação com moradores de residências terapêuticas. **Psicologia & Sociedade**, n. 1, p. 162-170, 2016.

RODRIGUES, Sthéfani Gomes. **“É assim que deve ser...”**: o governo das famílias e os serviços de assistência em saúde mental infantil. 2011. 104 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife- PE, 2011.

ROSENFELD, Helena Kon. **Palavra pescando não palavra**. A metáfora na interpretação psicanalítica. 1. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

ROTELLI, Franco. A instituição inventada. **Per la salute mentale/For mental health**, n. 1, Itália: Centro Studi e Ricerche per la Salute Mentale della Regione Friuli Venezia Giulia, 1988.

RUBIN, Gayle. El tráfico de mujeres: notas sobre la economía plática del sexo. **Nueva Antropología**, México, D.F., v. VII, n. 30, p. 157-209, 1986.

SAMPAIO, Juliana Santos *et al.* Limites e potencialidades das rodas de conversa no cuidado em saúde: uma experiência com jovens no sertão pernambucano. **Interface**, n. 18, p. 1299-1312, 2014.

SANTOS JÚNIOR, Hudson P. de Oliveira; SILVEIRA, Maria de F. de Araújo; OLIVEIRA, Chirlaine Cristiane. Além dos muros manicomiais: conhecendo a dinâmica das residências terapêuticas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, n. 2, p. 187-193, 2009.

SANTOS JÚNIOR, Hudson P. de Oliveira; SILVEIRA, Maria de F. de Araújo. Que eles falem por si: relatos dos profissionais sobre a experiência nas residências terapêuticas. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], n. 4, p. 2089-2098, 2009.

SANTOS, Boaventura de Souza. Para além do pensamento abissal. Das linhas globais a uma ecológica de saberes. **Novos Estudos**, n. 79, p. 71-94, 2007.

SANTOS, Milton. **Metamorfoses do espaço habitado**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1994.

SARACENO, Benedito. **Libertando identidades**. Da reabilitação psicossocial à cidadania possível. 2. ed. São Paulo: Te Corá, 2001.

SILVA, Angelita D. Gouveia. **Sexualidade (des) institucionalizada?** A sexualidade das moradoras e moradores dos serviços residenciais terapêuticos nos discursos das suas profissionais. 2015. 126 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife- PE, 2015.

SILVA, Juliana Catarine B. da. **Entre (des) encontros, tensões e possibilidades:** reforma psiquiátrica e trabalho em equipe na cidade do Recife. 2010. 139 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife- PE, 2010.

SILVEIRA, Maria de Fátima de Araújo; JÚNIOR, Hudson Pires de O. Santos; MACEDO, Jaqueline Queiroz de. **A casa é o habitat humano**. In: SILVEIRA, Maria de Fátima Araújo; JÚNIOR, Hudson Pires de Oliveira Santos. (Orgs.). **Residências terapêuticas:** pesquisa e prática nos processos de desinstitucionalização. Paraíba: Eduepb, p. 17-51, 2011.

SPINK, Mary Jane; FREZZA, Rose Mary. Práticas discursivas e produção de sentidos. In: SPINK, Mary Jane (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2013 (publicação virtual).

SPINK, Mary Jane; FREZZA, Rose Mary. **Práticas discursivas e produção de sentidos**. In: SPINK, Mary Jane (Org.). Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2013 (publicação virtual).

SPINK, Mary Jane; MEDRADO, Benedito. **Produção de sentido no cotidiano**. In: SPINK, Mary Jane (Org.). Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2013 (publicação virtual).

SPINK, Mary Jane; MEDRADO, Benedito. **Produção de sentido no cotidiano**. In: SPINK, Mary Jane (Org.). Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2013 (publicação virtual).

SPINK, Mary Jane; SPINK, Peter Kevin. Pesquisar o/no cotidiano na pesquisa social: reflexões sobre a noção de lugar, território e redes de associação. **Quaestio**, São Paulo, 2017, v. 19, n. 3, p. 591-605, 2017.

SPINK, Peter Kevin. Pesquisa de campo em psicologia social: uma perspectiva pós-construcionista. **Psicologia Social** [online], v. 15, n. 2, p. 18-42, 2003.

SPINK, Peter. O pesquisador conversador no cotidiano. **Psicologia & Sociedade**, v. 20, p. 70-77, 2008.

WINNICOTT, Donald Woods. Provisão para a criança na saúde e na crise. In: WINNICOTT, Donald Woods. **O ambiente e os processos de maturação**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

ZANELO, Valeska. Saúde mental, gênero e dispositivos. Cultura e processos de subjetivação. 1. ed. Curitiba: Appris, 2018.

APÊNDICE A – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

Roteiro inicial de observação participante	
Local: Paulista	Data:

1-	Descrever a localidade em que a casa está inserida;
2-	Descrever a estrutura da casa (Quantos cômodos tem? como estão divididos os cômodos?)
3-	Identificar como se dá a circulação dos moradores pela casa (todos têm acesso a todos os cômodos? Como se dá o acesso?)
4-	Identificar os repertórios construídos em torno dos cômodos (quem acessa que local? Porque acessa? Há regras de circulação?)
5-	Identificar os repertórios dos moradores sobre a casa
6-	Identificar como se dá as relações entre os moradores; (que marcadores perpassam as relações?)
7-	Identificar os repertórios construídos pelos moradores sobre a comunidade
8-	Identificar como se dá a relação dos moradores com a equipe técnica.

ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Universidade Federal de Pernambuco
Centro de Filosofia e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Mestrado em Psicologia

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS)

Convidamos o Sr. para participar como voluntário (a) da pesquisa “Moradia em Saúde Mental: Desinstitucionalização e R-existência”, que está sob a responsabilidade da pesquisadora Maria Isabelle Aragão Xavier, Avenida da Arquitetura s/n – 7º Andar – Centro de Filosofia e Ciências Humanas (CFCH) – Cidade Universitária – Recife/PE, CEP 50740-550, Telefone: (81) 985183925 – e-mail: isabelleaxavier@yahoo.com.br e está sob a orientação de Rosineide Cordeiro, e-mail: rocordeirope@gmail.com. Todas as suas dúvidas podem ser esclarecidas com a pesquisadora responsável por esta pesquisa.

É importante que apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e você sentir segurança em participar da realização do estudo, pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma via ficará com você e a outra com a pesquisadora responsável. Essa etapa é importante para que tanto você quanto a pesquisadora estejam acobertados quanto à sua participação na pesquisa. Destacamos que você estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu. Além disso, também é possível que você desista de sua participação a qualquer momento sem que isso lhe cause nenhum prejuízo.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “Moradia em Saúde Mental: Desinstitucionalização e R-existência”, que será realizada no Serviço Residencial Terapêutico II, localizado no município do Paulista. O objetivo deste estudo é compreender como a moradia lhe auxilia no processo de autonomia e de resistência à institucionalização. Nesse momento, mais do que nunca é importante que pesquisas assim sejam feitas, uma vez que a Política de Saúde Mental está ameaçada.

A pesquisa será realizada durante três semanas em encontros pré-acordados. Os encontros terão como foco a observação da residência e das relações entre os moradores, a equipe técnica e a comunidade. A pesquisadora se deslocará até a casa, não sendo preciso que você vá para qualquer outro lugar. Por entender a dinâmica de uma casa, todos os encontros serão agendados e você será consultado previamente se a pesquisadora pode ir até você no dia marcado. Como voluntário, você tem o direito de recusar a qualquer momento a visita da pesquisadora, sem que haja qualquer prejuízo para as duas partes.

Os temas abordados podem oferecer algum desconforto psíquico e emocional, porém, este risco será minimizado, respeitando-lhe e acolhendo qualquer desconforto, considerando também a formação da pesquisadora em Psicologia. Como benefícios, destacamos a compreensão da organização de uma Residência Terapêutica, para fundamentar a defesa destes dispositivos, além disso, a pesquisa pode ajudar também na apropriação das pessoas que trabalham na casa para que possam compreender melhor o seu processo de cuidado a partir de como os moradores entendem o processo de morar. A partir disso, podemos construir uma possível estratégia para defesa da Rede de atenção Psicossocial, da qual sua casa faz parte.

Os encontros serão registrados em um diário de campo de uso pessoal da pesquisadora. Porém, todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa ficarão armazenados em local seguro, no Grupo de Estudos e Pesquisas Sobre Poder, Cultura e Práticas Coletivas (GEPCOL) do Centro de Filosofia e Ciências Humanas (CFCH) – UFPE, Cidade Universitária – Recife/PE, CEP 50740-550, pelo período de mínimo 5 anos.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária. Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).

Maria Isabelle Aragão Xavier
Pesquisadora Responsável

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo pesquisa “Moradia em Saúde Mental: Desinstitucionalização e Rexistência”, como voluntário. Fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data: Paulista, ____/____/____.

Assinatura do participante: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:

Assinatura:

Nome:

Assinatura:

ANEXO B – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE**TERMO DE COMPROMISSO E CONFIDENCIALIDADE**

Título do projeto: Moradia em Saúde Mental: desinstitucionalização e r-existência

Pesquisadora responsável: Maria Isabelle Aragão Xavier

Instituição / Departamento de origem da pesquisadora: Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Departamento de Psicologia, Programa de Pós-graduação em Psicologia (Mestrado)

Telefone para contato: (81) 9.85183925

E-mail: isabelleaxavier@yahoo.com.br

A pesquisadora do projeto acima identificado assume o compromisso de:

- ✓ Garantir que a pesquisa só será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Pernambuco – CEP/UFPE e que os dados coletados serão armazenados pelo período mínimo de 5 anos após o término da pesquisa;
- ✓ Preservar o sigilo e a privacidade dos voluntários cujos dados serão estudados e divulgados apenas em eventos ou publicações científicas, de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identifica-los;
- ✓ Garantir o sigilo relativo às propriedades intelectuais e patentes industriais, além do devido respeito à dignidade humana;
- ✓ Garantir que os benefícios resultantes do projeto retornem aos participantes da pesquisa, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa;
- ✓ Assegurar que os resultados da pesquisa serão anexados na Plataforma Brasil, sob a forma de relatório final da pesquisa.

Recife, _____ de abril de 20 ____

Assinatura da Pesquisadora Responsável